Rok XXIX. Kraków, 20 Grudnia 1890. Nr. 51.

Redakcyja:
Na Podwalu (w domu p. prof. Jakubowskiego) Nr. 10.

Administracyja:
Zakład fizyjologiczny, Collegium physicum.

Ekspedycyja miejscowa
w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny, 36.

Cena ogłoszeń,
które przyjmują: *w Krakowie* Administracyja, a *w Paryżu* p. Adam 81 Rue des Saintes Pères wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 cent.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN TOWARZYSTW LEKARSKICH

KRAKOWSKIEGO I GALICYJSKIEGO

wychodzi co Sobota, w objętości średniéj półtora arkusza.

Redaktor główny: prof. Dr. L. Blumenstok.

Przedpłatę
przyjmują:
Administracya i księgarnia p. Krzyżanowskiego *w Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe, *w Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, *w Paryżu* p. Adam, 81, Rue des Saintes Pères.

Rękopismy
zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer
osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:

Rocznie:	w Austryi 8 złr. 80 ct.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 14 mk	we Francyi 24 fr.
Półrocznie:	„ 4 „ 40 „	„ „ „ „ 3 „	„ 7 „	„ 12 „
Kwartalnie:	„ 2 „ 20 „	„ „ „ „ $1^1/_2$ „	„ $3^1/_2$ „	„ 6 „

Przegląd Lekarski, organ Towarzystw lekarskich krakowskiego i galicyjskiego, rozpoczyna w dniu 1 Stycznia 1891 **rok trzydziesty** swego istnienia i wychodzić będzie w tym samym co teraz formacie w objętości $1^1/_2$ arkusza na tydzień, jak **najregularniéj.**

Wszystkie prace umieszczane w Przeglądzie Lekarskim, tak oryginalne jakoteż nieoryginalne, są płatnemi.

Autorowie, życzący sobie otrzymać odbitki osobne z prac swych, zechcą na rękopiśmie oznaczyć ich ilość; życzeniom bowiem późniéj objawianym zadość czynić niemożemy.

Zwracamy zarazem przy téj sposobności uwagę szanownych Członków korespondentów Towarzystwa Lekarskiego krakowskiego, iż według obowiązującego statutu winni Przegląd Lekarski abonować bezpośrednio w Administracyi.

I. Przyczynek do histologii zmian w tkankach gruźliczych pod wpływem szczepianki Kocha.

Podał
Prof. Browicz.

Wobec braku dokładnéj znajomości zmian powstających w tkance gruźliczéj pod wpływem szczepianki Kocha, braku tłumaczącego się krótkością czasu od ogłoszenia odkrycia Kocha i brakiem dostatecznéj ilości szczepianki, każdy przypadek badany histologicznie ma wartość, dlatego też, jakkolwiek badania tkanek gruźliczych, jakie dotychczas dzięki koledze Rydygierowi przedsięwziąść mogę, nie są jeszcze ukończone, ogłaszam wynik badania jednego przypadku, gdyż zdaniem mojem wynik ten jest ważny i przyczynić się może do wyjaśnienia, w jaki sposób szczepianka Kocha na tkankę gruźliczą działa i jakie zmiany pod wpływem téjże w tkance takiéj powstają. U dziewczynki 8-letniéj z gruźlicą śródręcza i stawu łokciowego wstrzyknął kolega Rydygier 6 miligramów rozcieńczonéj szczepianki, poczem powstała silna reakcyja tak miejscowa jakoteż ogólna, w końcu nawet z objawami zapadu. Przed wstrzyknięciem części miękkie otaczające zajęte kości jakoteż brzegi przetok, z których sączyła się skąpa, płynna wydzielina ropiasta, była blada, po wstrzyknięciu w kilka godzin części te poczęły obrzmiewać, zaczerwieniać się i stały się bolesnemi i po 16 godzinach po wstrzyknięciu przedstawiały obraz kliniczny zapalenia ze wszystkiemi charakterystycznemi cechami. Na powierzchni tych części sączyła się ciecz przysychająca w brunatnawe strupki. Z dłoni ręki lewéj wyciął kolega Rydygier z brzegu przetoki tamże istniejącéj kawałeczek razem z sąsiednią skórą, długości 1 ctm., a badanie histologiczne wykazało zmiany następujące:

Przy zatapianiu kawałeczka stwardniałego w wyskoku oddzielił się mały strupek, który jak badanie mikroskopowe wykazało, składał się z strzępów warstwy przybłonkowéj, na których obu powierzchniach znajdowały się obok ciałek czerwonych krwi liczne ciałka białe. Na niektórych skrawkach znajdowała się ziarnkowata masa, jakby z rozpadu tkanki powstała, które to ziarna zabarwiły się silnie hematoksyliną.

Skrawki kawałeczka stwardniałego wykazały na powierzchni przybłonkowéj w niektórych miejscach przylegające grupy ciałek czerwonych krwi, a pomiędzy niemi ciałka białe liczniejsze, aniżeli w krwi normalnéj. Pod powierzchownemi warstwami, a więc wśród warstwy zrogowaciałego przybłonka ciałka białe tworzyły gniazda, otoczone rozsuniętym pokładem przyskórkowym, gniazda te tworzyły niejako wśród pokładu przybłonkowego pęcherzyki różnéj a nawet znacznéj wielkości. Ponad niektóremi pęcherzykami zupełnie powierzchownie położonemi była warstwa przyskórka przerwana, pęcherzyk otwarty, treść częściowo wydalona. Obok tych gniazd znajdowały się pomiędzy rozsuniętemi komórkami przybłonkowemi mniejsze grupy, jakoteż poje-

dyncze ciałka białe. Jądra komórek przybłonkowych szczególnie warstw głębszych słabo barwiły się hematoksyliną. W niektórych miejscach były one jakby porozciągane, zniekształtnione, tworzyły jakby siatkę, wśród której tkwiły ciałka białe tak, iż obraz mikroskopowy zbliżał się swem wejrzeniem do obrazu pęcherzyka ospowego.

Wśród brodawek skórnych znajdujące się naczyńka krwionośne wypełnione były niekiedy szczelnie ciałkami białemi, które i wśród utkania brodawki były mniéj lub więcéj rozrzucone. W głębi skóry jakoteż ku stronie odpowiadającéj brzegowi przetoki tkanka gruźlicza z komórkami olbrzymiemi a tu i owdzie typowemi gruzełkami przedstawiala naciek licznemi ciałkami białemi (skrawki barwione były hematoksyliną i podbarwiane eozyną), w niektórych miejscach tak gęsty, iż z wyjątkiem naczyń krwionośnych, które były próżne lub też zawierały mniéj lub więcéj liczne ciałka białe, tkanka gruźlicza stawała się zupełnie niewidoczną. W niektórych miejscach naciek ten przedstawiał cechę ropni mikroskopowych, z których w niektórych ogniskach grupy całe ciałek białych powypadały. Wśród części, gdzie utkanie gruzełkowe było jeszcze wyraźne, znajdowały się wśród gruzełków mniéj lub więcéj liczne ciałka białe, a w jednem miejscu gruzełek naciekły był w całości ciałkami białemi, wśród których komórka olbrzymia luźnie leżała. Nadto obok powyżéj opisanych zmian znajdowały się wśród tkanki téj naciekłéj ciałkami białemi ogniska krwotokowe, wśród których tkanka zupełnie była zniszczona, ogniska częścią głębiéj w skórze leżące, częścią oddzielone od powierzchni skóry pokładem przybłonka nadzianym ciałkami białemi.

Jeżeli się weźmie w rachubę tę okoliczność, iż blade przed injekcyją części przed oczyma naszemi zmieniały się po injekcyi, musimy zmiany, jakie mikroskop wykazuje, odnieść wprost do wpływu szczepianki, tem bardziéj, iż i w innych przypadkach, których badanie szczegółowe jeszcze nie ukończone, są wyraźne zmiany zapalne. I tak badanie mikroskopowe wykazuje w drugim przypadku, w którym kolega Rydygier u kilkunastoletniego chłopca wyciął po injekcyi kawałeczek ze stawu skokowego (przetok nie było), gdzie w środkowéj części już makroskopowo wyraźne było ognisko serowate typowe, otoczone soczystą tkanką gruźliczą, od obwodu ku owemu ognisku serowatemu dążący naciek ciałkami białemi wnikającemi w masę serowatą. Zmiany zapalne w drugim przypadku nie były tak znaczne, jak w pierwszym powyżéj opisanym, ale też i reakcyja tak miejscowa jakoteż ogólna była znacznie mniejszą.

Podobne zmiany znalazł Israel w ognisku gruźliczem stawowem (*Berl. klin. Woch.*, Nr. 49), a obraz, jaki opisuje Kromeyer (*Deutsche med. Woch.*, Nr. 49) w liszaju żrącym, zgadza się zupełnie z obrazem, jaki podaję powyżéj.

Tak więc już w trzech różnych formach gruźliczego zajęcia tkanek wykazuje badanie mikroskopowe zgodny stan tychże tkanek po stosowaniu szczepianki. Zestawiając wynik badania mikroskopowego konstatuję:

1) iż pod wpływem szczepianki Kocha nie powstaje obumieranie tkanki gruźliczéj, nekroza, którąby można przyrównać do nekrozy koagulacyjnéj, jakiéj ulegają tkanki gruźlicze w zwykłym biegu rzeczy;

2) iż rozwija się typowe zapalenie z tworzeniem się obfitéj wypociny, która w powierzchownych formach gruźlicy wysącza się na powierzchnię;

3) iż zapalenie to przybrać może cechę krwotokową;

4) iż wreszcie zapalenie to potęgować się może aż do zropienia tkanki gruźliczéj (ropienie naturalnie chemiczne w przeciwstawieniu do ropienia zakaźnego w ścisłem tego słowa znaczeniu), czyli ażeby uniknąć wysnuwania niewłaściwych wniosków z użytego wyrażenia „ropienie“, zapalenie to potęgować się może do rozpłynięcia się tkanki gruźliczéj.

Jakież znaczenie może mieć to rozpływanie się tkanki gruźliczéj?

W powierzchownie położonych ogniskach gruźliczych prątki gruźlicze wydostać się mogą na powierzchnię i wydalać z organizmu. Wniosek ten potwierdza spostrzeżenie Dra Kryńskiego w klinice kol. Rydygiera uczynione, iż w strupkach powstających na powierzchni skóry liszajem żrącym dotkniętéj znajdują się od czasu do czasu prątki Kocha.

Rozpływanie się ognisk głębiéj położonych lub też ognisk w wewnętrznych narządach musi sprowadzić dostanie się prątków w otoczenie, jako też w obieg ogólny. Dotychczas obawialiśmy się i słusznie dostawania się nagłego prątków z ognisk gruźliczych rozmiękających ze względu na zakażenie ogólniejsze. W płucu nadto stosunki będą bardziéj skomplikowane, bo z powodu budowy rozlewanie się wypociny zapalnéj po za obręb ognisk gruźliczych będzie miało w przypadkach, gdzie znajdują się liczniejsze rozsiane ogniska gruźlicze, znaczenie ważniejsze ze względu, jak to słusznie Kromeyer podnosi, na znaczniejszą stąd wynikającą bezpowietrzność i obrzęk zapalny płuca.

Jeżeli prątki gruźlicze, jak Koch twierdzi, nie tracą pod wpływem szczepianki swych bijologicznych własności, jakie następstwa to nagłe uruchomienie kolonij prątkowych za sobą sprowadzić może?

Nasuwają się więc teraz liczne pytania, na które dopiero dalsze badania i doświadczenia kliniczne odpowiedzi dostarczyć mogą.

Wynik badania mikroskopowego powyżéj podany nasuwa jednak już dzisiaj, zdaniem mojem, wskazówkę praktyczną, iż należałoby może, jeżeli stopień reakcyi lokalnéj zależy głównie od ilości wstrzykniętéj szczepianki, stosować z początku ilości szczepianki jak najmniejsze i w odstępach czasu większych, ażeby ilość prątków uwalnianych wskutek rozpływania się ognisk gruźliczych głęboko położonych, skąd one na powierzchnię albo wcale nie, albo przynajmniéj trudniéj wydostać się mogą, była jak najmniejszą, a przez to zakażanie organizmu, zawsze wychodząc z twierdzenia Kocha o niezmienionych własnościach prątków, było utrudnione.

II. Kilka spotrzeżeń nad działaniem środka Kocha szczególniéj u dotkniętych gruźlicą płuc.

(Wykład miany na posiedzeniu Tow. lekarskiego krak.)

Podał
Prof. Dr. Gluziński.

Panowie! Dzięki uprzejmości prof. Rydygiera mam daną sposobność obserwowania działania środka Kocha — a głównie u chorych z gruźlicą płuc. Obserwacyja ta jest już przeszło dwutygodniową, a ilość przypadków nieskąpa, bo kilkanaście wynosząca. Jeżeli dzisiaj występuję ze sprawozdaniem krótkiem, to nie dla podania rezultatów leczniczych, o nich nie tak prędko się dowiemy, lecz dla zwrócenia uwagi na kilka szczegółów, mniéj w dotychczasowych spostrzeżeniach uwzględnionych, odnoszących się tak do ogólnego działania środka, jak zwłaszcza miejscowego na płuca.

Z tego powodu nie zdaję sprawy szczegółowo, nie przytaczam *in extenso* historyj chorób, aby nie powtarzać znanych Panom rzeczy tak z pierwszego mego sprawozdania, jak i z doniesień po wszystkich czasopismach lekarskich ogłoszonych, a ograniczę się do następujących szczegółów:

Badając stan, jaki przedstawia chory podczas reakcyi, otrzymujemy obraz, jaki mamy podczas choroby zakaźnéj, nietylko wnosząc z ogólnych objawów ale z powiększania się śledziony podczas reakcyi, szczegół na który to objaw pierwszy zwrócił uwagę prof. Korczyński, a który dość często spostrzegałem. Powiększanie to śledziony dość szybko nastaje a i szybko ustępuje, i zwykle stwierdzamy je tylko przy pierwszych reakcyjach.

Drugim szczegółem, który podnieść uważam za stosowne, jest działanie środka na serce, jakie z zestawienia obserwacyi wynika. Na podstawie takowych można powiedzieć, że środek Kocha w tym kierunku należy do trucizn sercowych, a zdanie to opieram na szczegółach następujących: W przeważnéj liczbie przypadków stwierdzamy przyspieszenie tętna, nie odpowiadające stopniowi ciepłoty, przyczem tętno staje się miękkiem, u ludzi starszych z miazdżycowemi zmianami nieregularnym; niestosunek ten utrzymuje się często po spadku ciepłoty a wtedy tem wybitniéj występuje, np. w jednym przypadku u młodéj dziewczynki ze zdrowym układem naczyniowym przy ciepłocie 36·4 tętno 150 — daléj przy powtarzanych wstrzykiwaniach ogólna reakcyja objawiała się często nie podniesieniem ciepłoty ale jedynie dość znacznem przyspieszeniem tętna i zmniejszeniem jego napięcia, wreszcie w przypadkach, w których wystąpiły groźne dla życia objawy, takowe wprost odnieść trzeba było do osłabienia czynności serca, objawiającego się ledwo macalnem a prawie niepoliczalnem tętnem, ogólną sinicą, zziębnięciem kończyn, a stan ten utrzymywał się w jednym przypadku wilka (*lupus*) nawet po wróceniu ciepłoty prawidłowéj, przez 2 dni. Fakt zaś, że niekiedy objawy tego osłabienia sercowego (zapadu) występują po 2 lub 3 wstrzyknięciu téj saméj dawki środka nasuwa myśl, że środek ten działa na narząd krążenia zbiorowo (*kumulatywnie*). Czy dotkniętym tu jest sam mięsień sercowy, czy, co prawdopodobniejsze, aparat nerwowy, dziś trudno rozstrzygnąć. W każdym razie spostrzeżenia te czynią koniecznem zwrócenie uwagi na narząd krążenia przy stosowaniu tego środka.

Przechodzę obecnie do zmian fizycznych, jakie wykazać można w płucach u dotkniętych gruźlicą tego organu. — Zmiany te najlepiéj przedstawi następująca historyja choroby:

M. K., l. 30, osoba dobrze zbudowana i odżywiona, z obfitą tkanką tłuszczową. Odgłos wypukowy po stronie prawéj z przodu lekko przytłumiony nad i pod obojczykiem, z tyłu do grzebienia łopatki, po stronie lewéj z przodu jawny, z tyłu w szczycie na 3 ctm. lekkie przytłumienie. Zresztą na całym obszarze płuca odgłos wypukowy jawny. W szczycie prawym z przodu wdech pęcherzykowy przerywany, wydech nieoznaczony, z tyłu również, podczas wdechu skąpe tylko rzężenia, w szczycie lewym wdech i wydech mniéj szorstki, czasami skąpe podczas wdechu rzężenia. Stan bezgorączkowy. Plwociny bardzo skąpe, dniami całemi ich niema, kaszel krótki bardzo rzadko. W odplutéj grudce prątki gruźlicze nieliczne wykazano.

1/XII. Inj. 0·001 o godzinie 11 rano. Najwyższa ciepłota 39·2. Wieczorem o gdz. 8 wykazano zmiany następujące: W szczytach obydwóch pojawiła się znaczniejsza ilość drobnobańkowatych rzężeń, a nadto w miejscach poniżéj stłumień szczytowych leżących wystąpiła również obfita ilość drobnobańkowatych rzężeń i to po lewéj stronie do $1/2$, po prawéj do kąta łopatki. Wypuk w tem miejscu stał się bębenkowym, a szmery oddechowe na całéj téj przestrzeni bardzo szorstkie. Podmiotowo uskarża się chora na ból w górnéj części klatki piersiowéj.

2/XII. Inj. 0·001. Najwyższa ciepłota 38·2. Stan tensam. W miejscach, gdzie wystąpiły rzężenia, stwierdzono odgłos lekko przytłumiony, ilość rzężeń niezmieniona.

3/XII. Inj 0·001. Najwyższa ciepłota 37·4. Ilość rzężeń mniejsza, przytłumienie wyraźniejsze.

4/XII. Przed wstrzyknięciem. Ilość rzężeń w obydwóch szczytach znacznie mniejsza. Rzężenia, które wystąpiły poniżéj pierwotnych przytłumień zupełnie ustąpiły, wypuk w tych miejscach wyraźnie przytłumiony, w miejscach pierwotnych przytłumień zupełnie słumiony, tak że dzisiaj mamy zmianę wypukową sięgającą z tyłu od szczytów po prawéj stronie do kąta łopatki, po lewéj do $1/2$ łopatki. Wdech w tych miejscach szorstko pęcherzykowy, wydech oskrzelowy. O godzinie 11 rano. Inj. 0·002. Najwyższa ciepłota 38·6 C. W 9 godz. po inj. w miejscach nowych stłumień znów obfita ilość rzężeń drobnobańkowatych, nadto z przodu po prawéj stronie od 2—4 żebra również wystąpiły rzężenia, a odgłos w tem miejscu bębenkowy.

5/XII. Rano brak rzężeń. Odgłos wypukowy jeszcze silniéj przytłumiony także z przodu między 2—4 żebrem. Inj. 0·002. Najwyższa ciepłota 38° C. W 3 godziny krwioplucie. Wieczorem stan taki jak w d. 4/XII po inj.

6—9/XII. Inj. tylko w d. 8/XII w dawce 0·003. Najwyższa ciepłota 38·4. W inne dni nie wstrzykiwano dla krwioplucia. Przez dni te stłumienia coraz wyraźniejsze tak w miejscach pierwotnie zajętych jak i poniżéj powstałych, szczególnie po stronie prawéj, gdzie też wdech i wydech na całej przestrzeni jest oskrzelowy.

10/XII. Inj. nie było. Natężenie słumień maleje, szmery oddechowe miękną.

11/XII. Rano stłumienie jeszcze mniejsze, od grzebienia łopatki ku dołowi pojawia się średnia ilość podczas wdechu drobnobańkowatych rzężeń (trzeszczeń). Tylko w szczycie po stronie prawéj z tyłu pozostał wdech i wydech oskrzelowy, zresztą wszędzie już wdech pęcherzykowy a wydech nieoznaczony. O godzinie 11 Inj. 0·004. Najwyższa ciepłota 39. W 9 godzin już obfita ilość rzężeń, wypuk napowrót tłumieje.

12/XII. Rzężeń prawie nie słychać, natomiast wybitne stłumienie tych rozmiarów jak opisane w d. 4/XII.

Podobne objawy napotykamy i u innych chorych, daleko wyraźniéj u tych, u których zmiany fizyczne przed zastosowaniem środka Kocha były nieznaczne, mniéj u chorych z rozległemi zmianami, jednak i u nich przy ścisłem badaniu było je można stwierdzić. Zmiany te przedstawiają się więc w sposób następujący:

W kilka lub kilkanaście godzin po injekcyi w obszarze zmian pierwotnie wybadalnych[1]), a zwłaszcza w sąsiednich częściach płuca, gdzie poprzednio żadnych zmian wybadać nie było można, przeważnie z tyłu, niekiedy zaś w odleglejszych miejscach, np. w pasze od dołu występuje dość obfita ilość rzężeń drobnobańkowych (trzeszczeń) pod koniec wdechu, szmery oddechowe zaostrzają się. Wypuk w miejscach, gdzie był poprzednio przytłumiony, staje wyraźniéj przytłumiony, a w dalszym ciągu staje się nieraz zupełnie stłumionym, w miejscach zaś, gdzie pierwotnie wypuk zupełnie był jawny, a po zastrzyknięciu wystąpiły rzężenia, staje się bębenkowym i stopniowo potem przechodzi w stłumienie zlewające się z pierwotnem stłumieniem. Temu towarzyszy ustępowanie a nawet znikanie rzężeń, a szmery w miarę rozwijania się stłumienia stają się oskrzelowe.

---

[1]) Z wyjątkiem miejsc, gdzie już był wypuk zupełnie stłumiony a wdech lub wydech oskrzelowy, gdzie, jak przypuszczać trzeba, leżą już obumarłe tkaniny gruźlicze.

Podmiotowo uskarżają się chorzy na bóle w tych miejscach, a w 3 przypadkach mogłem stwierdzić wyraźne świeże tarcie opłucnowe. Zmiany te nieraz szybko ustępują, bo w 1—2 dni, i znowu powstają przy następnych wstrzykiwaniach. Przy wstrzykiwaniach przez kilka dni codziennie dokonywanych, gdy zmiany wywołane pierwszem wstrzyknięciem wzmacniają się niejako zmianami przez 2 lub 3 wstrzyknięcie wywołanemi, objawy te występują najwybitniéj; podnieść muszę jednak z drugiéj strony, że widziałem ustępowanie tych zmian podczas codziennego stosowania środka. Ustępowaniu towarzyszy niekiedy napowrót wystąpienie drobnych rzężeń — a z wyjawnieniem odgłosu znikają takowe. Wyjawnienie to jednak w niektórych razach nie jest zupełne. Mam przypadki, w których stłumienie dotychczas (dwa tygodnie) pozostało, chociaż może w nieco mniejszem natężeniu, przytłumienia zaś pierwotne w szczytach po przejściu w stłumienie, niektóre do téj chwili w tym stopniu się utrzymują tak, że u chorych, przyjętych z małemi wypukowemi zmianami w szczytach, dziś po dwutygodniowem stosowaniu środka Kocha wykazać można stłumienie wyraźne na znaczniejszéj przestrzeni. Dodać zarazem winienem, że w miejscach pierwotnych zmian ilość rzężeń, gdzie takowe istniały, wśród dwutygodniowéj obserwacyi w porównaniu z pierwotną ilością zmalała bezwarunkowo. W ciągu dalszéj obserwacyi pokaże się, co się z temi stłumieniami stanie, a teraz zastanowię się, jak te objawy tłómaczyć można.

Zdaniem mojem objawy te są wynikiem zapalenia reakcyjnego wśród żyjącéj tkanki gruźliczéj, podobnie jak to środek Kocha wywołuje przy zmianach gruźliczych, n. p. na skórze. W zapaleniu tem odróżnić można 3 okresy, widoczne szczególniéj w miejscach, które poprzednio przedstawiały się prawidłowo, a mianowicie: nawału (odgłos bębenkowych, wystąpienie drobnobańkowatych rzężeń), nacieku (stłumienie odgłosu, ustąpienie rzężeń, szmery oskrzelowe) i rozdzielania (pojawienie się rzężeń drobnobańkowatych, jawnienie odgłosu, znikanie szmeru oskrzelowego). Przebieg okresów pojedynczych jest jużto krótszy jużto wolniejszy.

W a r t o ś ć l e c z n i c z a środka Kocha w g r u ź l i c y p ł u c zależeć będzie, zdaniem naszem, od tego, o ile środek ten sprowadzać będzie nekrozę ogniska gruźliczego, a umiejscowienie jego umożliwi jego wydalenie na zewnątrz lub o i l e t a r e a k c y j n a s p r a w a, k t ó r ą f i z y c z n i e w y k a z a ć m o ż n a, b ę d z i e w s t a n i e w y t w o r z y ć o c h r o n n y w a ł p r z e c i w k o d a l s z e m u s z e r z e n i u s i ę p r o c e s u g r u ź l i c z e g o, a to w leczeniu gruźlicy płuc, jeżeli środek ten nie zabija prątków gruźliczych lub nie czyni organizmu zupełnie odpornym, byłoby może najważniejszem. Z t e g o p o w o d u ś l e d z e n i e t y c h p o z o s t a ł y c h s t ł u m i e ń j e s t w e d ł u g m n i e r z e c z ą n i e z w y k ł é j w a g i, czy powstałe stłumienia te nie są zapowiedzią wytwarzania się tego ochronnego wału. Mimowolnie nasuwa się także myśl, aby przy dalszéj obserwacyi uwzględnić, czy ta reakcyjna sprawa z drugiéj strony nie uczyni tych miejsc przystępniejszemi dla szerzenia się sprawy gruźliczéj, jak to się obserwuje po zapaleniach płuca u gruźliczych.

Znaczenie tych reakcyjnych spraw w płucu przyszłość okaże. Dziś jednak można powiedzieć, jeżeli tłomaczenie ich nasze jest słuszne, że środek Kocha obok wartości dyjagnostycznéj w ogóle dla gruźlicy, może mieć i znaczenie dla wykazania ognisk gruźliczych w płucach, których nie byliśmy w możności dotychczasowemi fizycznemi sposobami badania wykazać i dać nam właściwe pojęcie o rozległości zmiany, jak to wykazuje np. podana wyżéj historyja choroby, gdzie zmiany były zaledwie wybadalne w szczytach, a obecnie są rozległe stłumienia.

Z innych szczegółów podnieść należy, że w połowie przypadków wystąpiło mniéj lub więcéj obfite k r w i o p l u c i e, częściéj w początkach reakcyi, nieraz jednak i na drugi dzień. Sama już ilość ich przemawia przeciw przypuszczeniu, że jest ono przypadkowe, lecz że jest wynikiem działania samego środka, który podobnie jak na skórze musi sprowadzać przekrwienie w żywéj tkaninie gruźliczéj w płucu, o czem świadczyć może nagłe zaostrzenie szmerów oddechowych przez czas reakcyi, a nieraz i dłużéj.

P l w o c i n y co do jakości jak i ilości dotychczas prawie żadnéj nie uległy zmianie, w przypadkach z skąpem odkrztuszaniem wcale ilość ich się nie zwiększyła, w tym kierunku nie zgadzają się nasze dotychczasowe spostrzeżenia ze spostrzeżeniami innych. — To samo możemy powiedzieć o p r ą t k a c h Kocha w plwocinach, których ilość, jak to często bywa, wśród obserwacyi była różną, w kształtach takowych widzieliśmy zmiany opisane przez Fräntzla, nie jest to jednak regułą i faktowi temu większego znaczenia zdaniem mojem nie można przypisać. Niektórzy chorzy bardzo prędko przestawali reagować podwyższoną ciepłotą na środek, chociaż takowy stosowano w coraz większéj dawce, nie można jednak powiedzieć, żeby w zupełności reakcyi n i e b y ł o, bo tu się objawiała nieraz przyspieszonem tętnem, uczuciami podmiotowemi i miejscową reakcyją w płucach. Przytoczyć również muszę, że reakcyja u chorych na gruźlicę płuc nieraz występowała dopiero po powtórnem zastosowaniu środka.

III. Z oddziału chirurgicznego prof. Obalińskiego w szpitalu św. Łazarza w Krakowie.

O doszczętnem leczeniu przepuklin pachwinowych sposobem Bassiniego.

Podał

Dr. Czesław Podgórski,

I-szy sekundaryjusz oddziału.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50.)

Nic więc dziwnego, że wobec takich wyników prof. O b a l i ń s k i prawie jedynie tego sposobu na swym oddziale przez 2 lata używał i że niejako z niedowierzaniem przyjęliśmy rzecz o nowéj w tym kierunku metodzie Bassiniego w 40-tym tomie 2-gim zeszycie pag. 429 archiwu Langenbecka ogłoszonéj. Sposób jednak wykonywania tejże jest tak racyjonalnie i w duchu fizyjologicznym pojęty a materyjał, którym autor metodę swą popiera tak bogaty, pomyślny i przez dłuższy czas obserwowany, iż odwraca od niego wszelki możliwy zarzut wprowadzania jakiéjś nowéj metody jedynie w celu zaznaczenia swéj pomysłowości. Dosyć powiedzieć, że autor nie wcześniéj wystąpił z ogłoszeniem swéj metody, aż ściśle według niéj operował 262 przypadki, a niektóre przez przeciąg pięciu lat miał na oku. Nawrotów we wszystkich tych przypadkach skonstatowano 7, nie znanym był dalszy przebieg u 4, a jeden przydarzył się przypadek śmierci, reszta wszystkie były wyleczone, a z tych aż sto ośm w czasie od 4½ lat do roku po operacyi jako

zdrowe skonstatowane. Operacyję wykonywa się według opisu autora w następujący sposób:

W głębokiéj narkozie przy jak najściślejszem zachowaniu wszystkich zasad antiseptyki prowadzi się cięcie skórne ponad przepukliną i to od wysokości brzusznego aż do zewnętrznego ujścia kanału pachwinowego (analogicznie zupełnie z cięciem skórnem używanem przy metodzie Riesela). Odsłania się więc w ten sposób rozścięgno mięśnia skośnego zewnętrznego i z jego rozstępu wychylający sznur nasienny z naczyniami, a względnie przepuklinę lub sam worek. Następnie utamowawszy krwotok rozcina się ścięgno mięśnia skośnego zewnętrznego i to znowu na długości od zewnętrznego pierścienia pachwinowego, z którego wychyla się przepuklina aż do miejsca odpowiadającego wewnętrznemu otworowi kanału pachwinowego. Brzegi w ten sposób rozciętego rozścięgna mięśnia zewnętrznego odłuszcza się od podstawy i tworzy z niego jakby górny i dolny płat. Teraz widzi się więc dolną część szyi przepukliny zupełnie obnażoną, gdy górna jéj część pokryta jest (z powodu skośnego przebiegu kanału pachwinowego) jeszcze nieco mięśniem skośnym wewnętrznym, rozścięgnem mięśnia poprzecznego i powięzią prostopadłą Coopera. Obecnie unosi się ku górze szyję przepukliny wraz ze sznurkiem nasiennym, podszedłszy pod nie palcem oddziela sznurek nasienny od worka i to wgłąb aż poza otwór brzuszny przepukliny. Następnie oddziela się worek przepuklinowy od otoczenia i od sznurka nasiennego na całéj przestrzeni ku dołowi, wygina się go ku zewnątrz, nacina w podstawie, stwierdza, czy jelita nie są gdzie przyrośnięte, lub sieć zgrubiała, gdyż zrosty się usuwa a sieć zgrubiałą odcina, a po odprowadzeniu jelit worek w szyi się skręca, podwiązuje i na jeden ctm. niżéj podwiązki odcina. W razie, gdy szyja przepukliny jest bardzo szeroka, radzi autor dla pewności poniżéj podwiązki pojedynczéj założyć drugą kłutą, dwuboczną. W ten sposób podwiązana otrzewna wycofuje się do jamy brzusznéj. Obecnie wygina się sznurek nasienny a w razie potrzeby i jądro ku górze na powłoki brzuszne, a gdy pomocnicy odciągają hakami ostremi dolny płat rozścięgna mięśnia zewnętrznego ku dołowi a górny ku górze, odsłania operujący cały kanał pachwinowy ku zewnątrz aż na jeden ctm. po za miejsce wyjścia sznurka nasiennego z zatoki biodrowéj i ku wewnątrz aż do ramion więzadła Pouparta, oddzielając zewnętrzny brzeg mięśnia prostego brzucha i potrójną warstwę ze ścięgna mięśnia skośnego wewnętrznego, poprzecznego i powięzi prostopadłéj Coopera, utworzoną tak od mięśnia skośnego zewnętrznego, jak i w głąb od tkanki podsurowiczéj w ten sposób, że cała ta ujęta razem warstwa i z tylnym odsłoniętym brzegiem więzu Pouparta szwami węzełkowemi zespojona stanowi głęboką nowowytworzoną ścianę kanału pachwinowego. Zespojenie to zaczyna się od dołu i to tak, że przy kości łonowéj zakładane szwy winny zabierać pasek mięśnia prostego brzucha, podczas gdy dalsze przynajmniéj na 2—3 ctm od brzegu powyżéj wspomnianéj potrójnéj warstwy wykłuwać należy. Zakładając w ten sposób kolejno szwy posuwamy się ku górze i ku zewnątrz, aż dojdziemy do sznurka nasiennego, dla przejścia którego z jamy brzusznéj w górnym brzegu rany otworek zostawiamy. Teraz kładziemy na téj utworzonéj ścianie na powyższe szwy sznurek nasienny (a w danym razie wprowadzamy jądro do moszen) i nad niem zeszywamy oba płaty rozścięgna mięśnia zewnętrznego od zewnątrz i góry, ku dołowi i wewnątrz, gdzie zbliżamy da siebie ramiona otworu zewnętrznego, między którémi przechodzi sznur nasienny na zewnątrz. Teraz przychodzą szwy skórne zespajające ranę całkowicie, gdyż tylko w razach dużych przepuklin, gdzie oddzielenie worka było połączone ze znacznemi trudnościami, radzi autor zakładać sączki ku dołowi.

Do tego opisu dołącza autor dodatkowo sposób postępowania w przepuklinach wrodzonych i w t. zw. *hernia directa*. Zachęcony tak zaletami teoretycznemi jak i pięknemi wynikami, jakie autor uzyskał, zastosował prof. Obaliński powyższą metodę w następujących dziesięciu przypadkach, których przebieg podaję:

1) Marcin Gruszczyński, syn wyrobnika, lat 7 liczący, z Wielowsi, zgłosił się z wolną przepukliną pachwinową prawą wielkości pięści. 4/VI wykonano operacyję Bassiniego. Sączka nie zakładano. Zgojenie przez rychłozrost tak, że chory po ośmiu dniach tj. 12 czerwca zaraz po wyjęciu szwów na żądanie rodziców szpital opuścił, bez śladu przepukliny.

2) Jan Ciąbor, l. 19, stolarczyk z Krakowa, u którego od 5-ciu lat występuje od czasu do czasu przepuklina pachwinowa prawa wielkości jaja gęsiego, dająca się łatwo odprowadzić, okazuje obecnie t. j. 10 czerwca przypady uwięźnięcia takowéj trwające od 24 godzin. Ból gwałtowny obok nieregularnego wzdęcia dolnéj połowy brzucha, wymioty, brak stolca i wiatrów. Gdy w narkozie przepuklina odprowadzić się nie dała, wykonano zaraz operacyję radykalną Bassiniego. Rana goi się przez rychłozrost 15/IV usunięto szwy, a 17/VI chory opuszcza szpital. Stosownie do polecenia zgłosił się chory jeszcze parę razy, a na zjeździe chirurgów 16-go lipca był przedstawiony; chodzi, pracuje bez paska. W miejscu rany widoczna jest białawo-różowa blizna. 16 października przepukliny ani śladu przy badaniu nie dostrzeżono.

3) Szymon Weinstok, l. 40, z Wytrzeszczki, cierpi zaledwie od 9 miesięcy na przepuklinę pachwinową prawą wolną, która jednak nie daje się paskiem utrzymać, a obecnie już wielkości dwóch głów dorosłego człowieka dochodzi i sięga po staw kolanowy. Prącie kryje się całkowicie w skórze przepukliny tak, że tylko szczelinka zewnętrzna ślad jego zaznacza i do oddawania moczu służy. Chorego widzieli uczestnicy zjazdu chirurgów na oddziale prof. Obalińskiego. Dnia 22 lipca w narkozie chloroformowéj usunięto doszczętnie przepuklinę sposobem Bassiniego, o tyle tylko indywidualizując przypadek, że szyję z powodu jéj obszerności parokrotnie szwami w poprzek a dopiero późniéj *en masse* podwiązką zamknięto. Chory nazajutrz po operacyi począł gorączkować (ciepł. wiecz. 39·2), a gdy stan przez parę dni jeszcze się utrzymywał i moszna okazywały obrzęk i zaczerwienienie, puszczono kilka szwów w dolnym końcu rany i zrobiono przeciwotwór w mosznach od dołu. Wypłynęła znaczna ilość rozłożonéj krwi. Ciepłota spadła a obrzęk moszen pod octanem glinowym ustąpił szybko. Po tygodniu jeszcze w górnym brzegu rany wytworzył się ropień powierzchowny, z którego odeszła nitka jedwabna, a odtąd stan stopniowo się poprawia, tak, że chory w 5 tygodni po operacyi zakład jako wyleczony i bez paska opuszcza.

4) Józef Gębczak l. 36, młynarz. Od pięciu lat wypadają choremu przy chodzeniu jelita w worek przepuklinowy pachwinowy po stronie prawéj wielkości pięści. Dnia 11-go września b. r. wykonano typowo operacyję sposobem Bassiniego. Chory po 12 dniach z raną zupełnie *per primam* zagojoną bez śladu przepukliny szpital opuścił.

5 i 6) Michał Kogut, l. 32, rolnik. Chory od czasu dzieciętwa cierpi na przepuklinę obustronną pachwinową, wielkości pięści dorosłego człowieka. Po stronie lewéj jednak nacisk bywa zawsze znaczniejszy, a przepuklina w całości odprowadzić się tu nie dawała. Przy pracy lub używaniu paska chory doznaje bólu. Dnia 12/IX wykonano obustronnie (po str. lewéj autor niniejszéj rozprawki) operacyję sposobem Bassiniego. Worek szczególnie po stronie lewéj był niezwykle cienki tak, że rwał się przy oddzielaniu sznurka

nasiennego. Zdołano go jednak o tyle oddzielić, że podwiązany cofnął się do jamy brzusznéj. W dole nad jądrem znaleziono drugi worek od powyższego oddzielony a część sieci obliterowanéj mieszczący. W worek ten włożono pasek gazy jodoformowéj. Po stronie drugiéj i resztę rany po stronie lewéj zeszyto. Pomimo niespokojnego zachowania się chorego wygojenie zupełne *per primam* nastąpiło w 12-tu dniach i chory bez paska, uwolniony od przepuklin, zakład opuścił.

7) Jan Szkolnik, ekspres, lat 58 liczący, jest niejako żywą historyją leczenia przepuklin. Przed 20 laty z powodu uwięźnięcia przepukliny pachwinowéj lewéj przebył herniotomiję. Gdy jednak przepuklina z czasem zwiększała się a paskiem zatrzymać się nie dała, poddał się przed 1½ rokiem leczeniu doszczętnemu sposobem Mac-Ewena (i jest w statystyce prof. Obalińskiego w Przeglądzie z r. 1889 str. 358 pod l. 12 opisany). W dwa tygodnie po wyjściu ze szpitala począł oddawać się ciężkiéj pracy, paska nie używał a po 15-tu miesiącach zauważył, iż przepuklina na nowo występuje i bardzo szybko się zwiększa, tak że 22 września b. r. poddał się na nowo operacyi radykalnéj, tym razem sposobem Bassiniego. Na chorym okazującym przepuklinę pachwinową lewą wielkości głowy dziecka jednorocznego, wolną, nie dającą się paskiem utrzymać, pokrytą licznemi głębokiemi bliznami (z powodu znacznego ropienia po operacyi Mac Ewena wywołanego obumarciem worka) wykonano operacyję z tą odmianą, że szyję z powodu jéj bardzo znacznéj obszerności (brama przedstawiała się jako pierścień ścięgnisty 10 ctm. w poprzek a 4 na wysokość mierzący) zamknięto szwem Zweiffla-Obalińskiego, wzmocniono szwem kuśnierskim, a po drugie, że na szwy ściany głębokiéj ułożono sznurek nasienny nie w całości, ale tylko jego zwój naczyń, gdyż *vas deferens* bliznowato z workiem zrośnięte przy operacyi przeciąć musiano. Do jamy na mosznach po wyłuszczeniu worka powstałéj, wprowadzono pasek gazy jodoformowéj. Rana goi się szybko, obrzęk nie wystąpił, tak że choremu po dwóch tygodniach ranę zresztą *per primam* wygojoną, kollodionem przykryto i w Towarzystwie lekarskiem przedstawiono.

8) Izrael Kleiner, lat 54, kupiec z Miechowa. Chory trzy dni przed zgłoszeniem się do szpitala po ruchu forsownym spostrzegł, iż mu po stronie lewéj w pachwinie wystąpił guz wielkości orzecha włoskiego, z początku niebolesny późniéj nieco tkliwy. Trzeciego dnia wystąpiły mierne bóle dołem brzucha. Wymiotów nie było, mocz, kał i wiatry odchodzą prawidłowo. Przy badaniu chorego o ciepłocie nie podwyższonéj, skonstatowano w okolicy pachwinowéj lewéj pod więzem Pouparta tuż nad *tuberculum pubicum* guz wielkości małego jabłka o największym rozmiarze w poprzek do osi ciała przebiegającym, napięty, miernie bolesny do jamy brzusznéj odprowadzić się nie dający. Odgłos wypukowy nad obrzękiem tępy, przy kaszlu napięcie się zwiększa. Badając jednak w głąb palcami wyśledza się, iż szyja nie idzie skośnie przez przewód pachwinowy, ale przebija ścianę brzuszną wprost odpowiadając położeniem swem *fovea inguinalis interna*. Rozpoznano więc *Hernia inguinalis directa cum incarceratione omenti*, a przystąpiono do operacyi sposobem Bassiniego. (Dok. nast.)

IV. Dalsze przyczynki do chirurgii jelit.

O pięciu resekcyjach jelit.

Podał

Dr. Roman Barącz we Lwowie.

(Dok. Patrz Nr. 49.)

Köhler[1]) mógł zebrać w roku 1887 25 resekcyj jelita grubego wobec nowotworu. Z tych w 7 przypadkach nastąpiło zejście śmiertelne, 18 przypadków wyzdrowiało; w ostatnich przypadkach tylko w 15 wyzdrowienie miało być trwałem, w 3 nastąpił już po kilku miesiącach powrót choroby. Procent wyzdrowienia wynosi zatem 60%, śmiertelność 40%. Procent względnego wyzdrowienia po kolotomii wobec nowotworu wykonanéj wynosi według Erckelensa tylko 62%; korzyści kolotomii nie były więc o wiele lepszemi.

Robert F. Weir[1]) z Nowego Yorku zebrał 35 przypadków resekcyi jelita dla nowotworu tegoż; w 34 jelito grube było siedzibą nowotworu. Procent śmiertelności według Weira wynosił 51%. Weir jest zwolennikiem założenia sztucznéj odbytnicy.

Eugieni Hahn (Berlin)[2]) mógł zebrać w 1887 r. 26 resekcyj jelita grubego; z tych 26 przypadków 13 zakończyło się śmiercią w następstwie operacyi Procent śmiertelności wynosił zatem 50%; w 18 z tych przypadków założono szew jelitowy z zejściem śmiertelnem w 10 = 55%; w ośmiu przypadkach założono sztuczny odbyt z zejściem śmiertelnem w 3 przypadkach = 37·5%. Statystyka Hahna przemawia zatem za korzyścią zakładania sztucznego odbytu po resekcyi jelita grubego. Hahn i Weir podają zatem zgodnie 50% śmiertelności po resekcyi jelita grubego.

Przeglądając przystępną mi literaturę, mogłem odnaleść nieliczne przypadki resekcyi jelita ślepego, bądź dla nowotworu złośliwego, bądz dla inwaginacyi wykonanéj; w niektórych wykonano enterorafiję, w innych założono sztuczny odbyt.

Przypadek operowany przez Kraussolda[3]) dotyczył 62-letniego chorego. Pomimo ścisłego przestrzegania antiseptyki zmarł chory w 2½ godziny po operacyi wśród wzrastającego zapadu. Sekcyja wykazała domykalność zeszytego jelita; tu nowotwór wyłuszczono doszczętnie z wyjątkiem w kresce ukrytego gruczołu wielkości wiśni.

Hahn[4]) obserwował przypadek podobny do mojego: 19-letni chłopiec; w narkozie macalny guz w nadbrzuszu po stronie prawéj kształtem podobny do nowotworu zwyrodniałéj nerki ruchoméj; objawy niedrożności. Cięcie na zewnętrznym brzegu prawego mięśnia *sacrolumbalis* od 12 go żebra począwszy aż do grzebienia kości biodrowéj. Guz nie daje się zepchnąć w okolicę nerki, która okazuje się zdrową. Po dołączeniu cięcia poprzecznego i przecięciu głębokiéj powięzi obrzęk znajduje się w jelicie ślepem. Po podwiązaniu wyrostka robaczkowego wyłoniono obrzęk wraz z *colon* i *ileum* na zewnątrz i resekowano po podwiązaniu ramion drenami; sztuczny odbyt. Chory wyzdrowiał.

Drugi przypadek Hahna (l c.) dotyczył 38 letniego chorego z objawami przepukliny pachwinowéj prawéj uwięźniętéj. Treść worka przepuklinowego stanowiło jelito ślepe nie dające się odprowadzić pomimo drożności bramy przepuklinowéj; laparotomija i skręcenie kiszki powyżéj jelita ślepego z powodu *diverticulum*. Z powodu obawy zgorzeli resekcyja 80 ctm. jelita cienkiego i 20 ctm. jelita ślepego i sztuczny odbyt. Trzykrotne zakładanie uciskadeł Dupuytrena nie odnosi skutku pomimo przywrócenia drożności drogą naturalną. Wypadanie jelita w miejscu sztucznéj rzyci.

Hahn nawiązuje odnośnie do tego przypadku słuszną uwagę o uporczywości i trudnem gojeniu sztucznéj rzyci w dolnéj części jelita ślepego, t. j. w miejscu przejścia ostatniego w ślepe i motywuje ten fakt budową anatomiczną je-

---

[1]) *Darmresection bei Carcinom des Dickdarms, Inauguraldissertation*, 1881, str. 34.

[1]) *Medical News*, 1886. Febr. 13 Vol. XLVIII., Nr. 7. — [2]) *Ein Beitrag zur Colectomie und Mittheilung über zwei Fälle von Resection des Colons und Ileums etc. Berlin. klin. Woch.*, 1887, Nr. 25, S. 446 i nast. — [3]) *Ueber die Krankheiten des proc. vermiformis, Volkmanns Sammlung klin. Vortr.*, Nr. 191. — [4]) l. c.

lit w miejscu. Założenie odbytu sztucznego w przypadku ostatnim jest usprawiedliwionem długiem trwaniem operacyi u osłabionego już chorego.

Whitehead[1]) z Manchesteru resekował jelito ślepe (z przyczyny?) cięciem wzdłuż zewnętrznego brzegu mięśnia prostego brzucha i założył sztuczny odbyt; jelito cienkie przyszył do dolnéj części rany, a jelito wstępujące do górnéj. Chory jego umarł.

Lauenstein[2]) wyciął kawałek jelita ślepego i cienkiego u 56-letniego mężczyzny, z objawami niedrożności chronicznéj, powstałéj nagle przed 3 miesiącami i z guzem w nadbrzuszu. Przy operacyi znalazł obrzęk podłużny okrężnicy poprzecznéj, w którym drugi twardy obrzęk dał się przesuwać. Stwierdzono *invaginatio ileocolica*, przyczem jelito biodrowe weszło w kątnicę prawą i wsunęło się aż do okrężnicy zstępującéj. Wydostanie jelita biodrowego było niemożliwe dla silnych zrostów pomiędzy błoną surowiczą jelita grubego, a nasadą kreski, dlatego resekował Lauenstein cały kawałek wpochwiony, wynoszący 70 cm. i zeszył jelito biodrowe z okrężnicą zstępującą, tworząc mały załamek na ostatniéj. W trzecim tygodniu wyleczenie. Na szczycie jelita ślepego stwierdzono mały nowotwór rakowy jako przyczynę inwaginacyi.

N. Senn[3]) wykonał dwie resekcyje jelita cienkiego i ślepego z przyczyny nowotworu rakowego okolicy zastawki Bauhina, posługując się przez siebie wydoskonaloną techniką; resekcyja jelita grubego i cienkiego, inwaginacyja i zeszycie resekowanych odcinków i enterokolostomia za pomocą odwapnionych płytek kostnych.

Przypadek pierwszy Senna: 37-letni mężczyzna cierpiał od 1½ roku na coraz częstsze napady bólu w okolicy jelita ślepego, połączone z wymiotami. Napady były coraz częstsze, wreszcie ból był trwałym. Od 6 miesięcy uporczywa biegunka. Znaleziono guz okolicy jelita ślepego, który rozpoznano jako rak. Laparotomija cięciem od środka więzu Pouparta do ½ odległości między pępkiem a kolcem biodrowym górnym przednim. Resekcyja jelita ślepego i 18 cali jelita biodrowego; wyłuszczenie gruczołów powiększonych z kreski jelita biodrowego. Zamknięcie resekowanych części przez inwaginacyję, przecięcie podłużne jelita biodrowego i ślepego powyżéj inwaginacyi, wprowadzenie płytek odwapnionych i po wykonaniu skaryfikacyi powierzchni surowiczych zespojenie odcinków; szwy wzmacniające sąsiedztwa płytek sposobem Lemberta. Przyszycie miejsca enterokolostomii do rany brzusznéj; szew dwuwarstwowy powłok brzusznych; wyzdrowienie *prima intentione*. Odejście płytek odwapnionych częścią zresorbowanych 9-go dnia po operacyi.

Przypadek drugi Senna: 53 letnia kobieta, cierpiąca od roku na napady wymiotów coraz częstsze. Przed 5 tygodniami znaleziono ruchomy, twardy obrzęk w nadbrzuszu po stronie prawéj, który uważano jako raka żołądka. Laparotomia cięciem w linii białéj; stwierdzono ruchomy obrzęk w okrężnicy poprzecznéj; przy bliższem badaniu stwierdzono wgłobienie jelita biodrowego i ślepego w jelito grube poprzeczne. Przy zabiegu odprowadzenia naddarła się błona surowicza części wgłobionéj jelita ślepego. Obrzęk znajdował się w miejscu zastawki Bauhina. Resekcyja jelita biodrowego i ślepego, inwaginacyja resekowanych odcinków, anastomoza jak w pierwszym przypadku. Śmierć 6 go dnia po operacyi wśród objawów zapalenia otrzewny, którego punktem wyjścia dawny wrzód części wgłobionéj jelita ślepego. Autor żałuje, że nie resekował części wgłobionéj i że tentował odprowadzenie, gdyż właśnie w części odprowadzonéj znajdowało się owrzodzenie.

Na koniec chcę przytoczyć doświadczenia niektórych chirurgów niemieckich, zrobione z resekcyją jelita wobec nowotworów, wygłoszone na 62 zjeździe lekarzy i przyrodników w Heidelbergu.

König[1]) operował 2 przypadki inwaginacyi nowotworu kiszki grubéj. Jeden z tych przypadków dotyczył 21-letniéj dziewczyny, u któréj Roser przed kilku laty wyłuszczył nowotwór mięsakowy na szyi, König zaś przed 2 laty mięsak migdałka. Laparatomiję wykonał König dla objawów niedrożności i znalazł guz w okrężnicy poprzecznéj. Po otwarciu okrężnicy znaleziono wgłobiony koniec kiszki cienkiéj z nowotworem mięsakowym na końcu téjże. Guz resekowano, jelito zeszyto i pogłębiono. Chora umarła wskutek zgorzeli jelita.

W drugim przypadku resekował König nowotwór mięsakowy okrężnicy zstępującéj, wgłobionéj w odbytnicę za pomocą cięcia w międzykroczu i resekcyi kości ogonowéj; od 2 lat wyleczenie.

Czerny[2]) resekował jelito 6 razy dla nowotworów złośliwych; 4 z tych chorych umarło, a 2 wyzdrowiało. W 3 przypadkach guz pierwotny w jelicie grubem był tak zrośnięty z jelitem cienkiem, że z ostatniego kawałek musiano resekować. Guz pierwotny 3 razy znajdował się w jelicie ślepem, a 3 razy w okrężnicy poprzecznéj. Prócz tego wykonał Czerny 5 resekcyj dla wrzodów gruźliczych w 3 przypadkach usadowionych w okolicy zastawki Bauhina; 2 z tych chorych wyzdrowiało, 3 umarło.

Billroth[3]) posługuje się obecnie odmienną techniką przy resekcyi jelita ślepego z przyczyny niedopisania kilkakrotnego dawniéj używanéj metody. Przy zeszyciu dolnéj części jelita biodrowego (*ileum*) z powierzchnią resekowaną jelita ślepego powstawały w tem miejscu zgięcia kątowate, a w następstwie tychże 2 razy powstało zupełne zwężenie światła jelita. Billroth zaszywa dla tego dolną część resekowanego jelita ślepego i wszywa jelito biodrowe w otwór podłużny, zrobiony w jelicie grubem powyżéj. Przez to stwarza stosunki analogiczne do istniejących poprzednio, albowiem jelito cienkie wpada w grube pod kątem prostym.

Na podstawie własnego doświadczenia względem resekcyi jelita i na podstawie wiadomości zaczerpniętych z przystępnéj mi odnośnéj literatury doszedłem do następujących wniosków:

1) wobec zgorzeli jelita należy wykonać resekcyję pierwotną, jeżeli stan ogólny chorego, na to pozwala, to jest wobec braku silnego zapadu, braku zapalenia otrzewny, braku stanu septycznego itp.;

2) przy silnym zapadzie wobec rozwiniętego zapalenia otrzewny, wobec stanu septycznego, należy ograniczyć się do założenia sztucznego odbytu;

3) wobec sztucznego odbytu jest wskazaną resekcyja jelit, jeżeli takowy nie da się usunąć kilkakrotnem zastósowaniem kleszczy uciskowych Dupuytrena ani operacyją plastyczną sposobem Dieffenbacha; do operacyi należy przystępować po dostatecznem podniesieniu sił chorego;

[1]) *Brit. med. Journal*, Jan. 24, 1885 i Ref. Greigh Smith: *Abdominal surgery* 3 Edit. Pag. 472. — [2]) *Ueber die Verhandlungen der deutsch. Gesellsch. für Chirurg. XIX. Congr. Beilage zum Centralbl. f. Chir.* 1890, Nr. 25, str. 63. — [3]) *Two cases of resection of the coecum for carcinoma with remarks on intestinal anastomosis in the ileo-coecal region. Reprinted from The Journal of the American medical association* June 14, 1890".

[1]) *Centralbl. f. Chir.* 1889, Nr. 51, str. 929. — [2]) *Ref. Centbl. für Chir.*, 1889, Nr. 51, str. 927. — [3]) Ref. Eiselsberg w *Centrbl. für Chir.*, 1889, Nr. 51, str. 929.

4) wobec nowotworu kiszki grubéj należy wykonać resekcyję z następową enterorafiją lub wykonaniem anastomozy tylko wyjątkowo to jest, jeżeli nowotwór jest mały i ruchomy i jeżeli siły chorego na to pozwalają;

5) przy znacznym nowotworze wobec rozwiniętego charłactwa, wobec inwaginacyi guza, należy wykonać resekcyję następową z założeniem sztucznego odbytu lub też ograniczyć się do enterokolostomii, poleconéj przez Senna, gdyż doświadczenie poucza, że enterorafija daje w tych razach złe wyniki (50%) śmiertelności;

6) wobec nowotworu jelita ślepego lub zastawki Bauhina należy wykonać resekcyję z następowem założeniem sztucznego odbytu lub anastomozę, poleconą przez Senna lub wreszcie sztuczny odbyt bez resekcyi przy znacznéj infiltracyi nowotworowéj, gdyż doświadczenie poucza, że enterorafija w tych razach nie dała dotąd dobrego wyniku; nadto takowa jest połączona ze znacznemi trudnościami technicznemi z powodu znacznego niestosunku świateł jelita grubego i cienkiego;

7) cięcie lędźwiowe ukośne jak nefrektomii zaotrzewnowéj, nadaje się bardzo do resekcyi i wyłuszczenia nowotworów jelita ślepego (przypadek Hahna i mój) osobliwie w tych razach, gdzie rozpoznanie jest wątpliwe i waha się pomiędzy nowotworem nerki a nowotworem jelita grubego. Można je wykonać najpierw zaotrzewnowo, a potem w razie potrzeby transperitonealnie;

8) resekcyja z enterorafiją celem usunięcia sztucznego odbytu jest niebezpiecznym zabiegiem wobec silnych zrostów i zlepień znacznéj ilości pętli jelitowych w następstwie miejscowego zapalenia otrzewny i oddzielanie zrostów naraża chorego raz na niebezpieczeństwo zapalenia otrzewny z powodu naddarcia i wylania się kału, powtóre na wstrząs (*shock*), gdyż zabieg oddzielania zrostów wymaga czasem więcéj czasu niż sama enterorafija (trwająca przy wymogach obecnéj techniki około godziny). W przypadkach podobnych wykonałbym anastomozę części zrośniętych jelit (enterostomiję), posługując się techniką podaną przez Senna[1];

9) technika enterorafii, obecnie na kontynencie ogólnie przyjęta, przedstawia jeszcze wiele do życzenia. Czas potrzebny do jéj wykonania jest nadto długi, aby to jelito, a względnie jama brzuszna bezkarnie znieść mogły. Częścią zabezpieczyć się możemy przed zbyt długiem oziębianiem jamy brzusznéj przez uskutecznienie małego cięcia i wykonanie enterorafii o ile możności zaotrzewnowo i przez położenie ciepłych aseptycznych kompresów pod jelito mające się resekować. Jako szew najodpowiedniejszy ze szwów na kontynencie używanych uważam szew dwurzędny Czernego; 1-szy takowego najlepiéj jest założyć od wewnątrz podług rady Wölflera, używając przytem szwu węzełkowego; drugi rząd od zewnątrz sposobem Lemberta, posługując się podług rady Rydygiera szwem kuśnierskim. Szwu tego używałem w 4 przypadkach, w jednym z nich tylko takowy mnie zawiódł, gdyż powstała przetoka kałowa. Do szwu jelitowego należy używać wyłącznie jedwabiu.

Prędkiego sposobu zakładania szwu sposobem N. Senna z Milwaukee (l. c.) przez zeszycie resekowanych odcinków i wykonanie anastomozy ułatwionéj włożeniem do podłużnie przeciętego jelita odwapnionych płytek z kości wołowéj u człowieka nie próbowałem; o ile na nim polegać można, pragnę ogłosić późniéj po przeprowadzeniu dostatecznéj ilości doświadczeń na zwierzętach, które rozpocząłem. W każdym razie szew polecony przez Senna dotychczas u człowieka bardzo mało stosowany zasługuje na uwzględnienie i wypróbowanie z powodu nadzwyczajnéj szybkości, z jaką go założyć można, a to tem bardziéj, że nie tylko na całym szeregu zwierząt zastosował go Senn z wielką korzyścią, ale nadto i przy operacyjach na osobie żyjącéj.

[1]) *Transactions IX. Internation. med. Congr. Washington* Vol. I., Pag. 460. *Annals of. Surgery* Volum. VII., 1888, S. 430. Greigh-Smith, *Abdominal Surgery* III Edit. London. Pag. 400 i nast. i *Journ. of the American Medical Association*, June 14, 1890.

V. Oceny i sprawozdania.

W sprawie leczenia środkiem Kocha.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 50).

Prof. Rosenbach w Wrocławiu: Spostrzeżenia nad objawami reakcyi występującéj pod wpływem środka Kocha. Materyjał, na którym R. spostrzeżenia swoje przeprowadzał, jest dość znaczny, bo liczy 56 przypadków gruźlicy różnych narządów w możliwie rozmaitych okresach choroby. Z obserwacyj swych wysnuwa R. następujące wnioski: Ważnem jest, aby w interesie chorych rozpoczynać od minimalnych dawek (0·001), gdyż nigdy nie można przewidzieć, jaka w danym przypadku będzie reakcyja, a z jednéj strony zdarzały się przypadki wystąpienia burzliwych objawów po początkowéj dawce 2 mg., z drugiéj zaś mógł R. zauważyć przyzwyczajanie się chorych tak, że po pierwszem wstrzyknięciu 1 mg. następna dawka wyższa nie wywoływała zaburzeń. Ostrożność jest tem więcej wskazaną, o ile występują czasem uboczne działania nadzwyczaj nieprzyjemne. I tak zauważył R. u chorych dotkniętych zboczeniem nerek pod wpływem wstrzykiwań wzmożenie ilości białka w moczu i anuryję, a w niektórych przypadkach powstawanie żółtaczki, którą R. uważa jako pochodzącą z rozpadu istot białkowatych (i hemoglobiny) we krwi (*icterus haematogenes*). Na uwagę zasługuje okoliczność, że u chorych na gruźlicę krtani narząd ten na środek Kocha wcale nie oddziaływał; być może, że ten ujemny wynik jest następstwem tego, że R. w stopniowaniu dawek postępuje bardzo powoli. W każdym razie kwestyja oddziaływania krtani jest trudną do rozstrzygnięcia w obec tego, że w gorączce, wzmożeniu się kaszlu itp. objawach reakcyi zaczerwienienie błony śluzowéj i zwiększenie wydzieliny towarzyszyć musi. Co do techniki wstrzykiwań, używa R. strzykawki Pravaza i rozczynu środka Kocha w 0·5% kw. karbolowego. Jako miejsca do wstrzykiwań uważa R. za najodpowiedniejszą skórę brzucha, gdyż po licznych wstrzykiwaniach uskutecznionych na grzbiecie leżenie na wznak jest dla chorych bolesne. (*Deutsche med. Woch.* Nr. 49).

Gruźlica krtani. Fraentzel: Pod wpływem wstrzykiwań środka Kocha obumierają pojedyncze części krtani, zabarwienie ich się zmienia, a w miarę jak leczenie postępuje, zmniejszają się obrzmienia. Trzeba o tem pamiętać, że jeżeli istnieje już jakiś obrzęk w krtani, to po zastrzyknięciu staje się on znaczniejszym i może być tak groźnym, że wykonanie tracheotomii staje się nieuniknionem. Z tego powodu radzi F. u dotkniętych gruźlicą krtani rozpoczynać od injekcyi 0.5 miligr. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 49.)

Krause godzi się zupełnie co do ostatniego punktu z Fraentzlem, jakkolwiek sam stenozy jeszcze nie zauważał. Opisując znane zmiany pod wpływem środka Kocha zwraca uwagę na to, że obok obumarcia ognisk gruźliczych i ich oddzielania się, widział także czasem resorbcyję podobnych ognisk. Rzecz naturalna, że o wyleczeniu gruźlicy krtani mówić dotąd nie można, Kr. jednak się spodziewa, że w początkowych przypadkach gr. krt. można będzie osiągnąć zupełne wyleczenie. Nadzwyczaj ważnem jest zdaniem K. uchwycenie chwili, w któréj za radą Kocha należy wkroczyć

czynnie i za pomocą narzędzi wydobyć to, co środek Kocha jako części chore przyprowadził do obumarcia. (*Berl. klin. Woch.* Nr. 49).

Dr. Oppenheimer w Berlinie opisuje przypadek szybkiego wyleczenia(?) gruźlicy krtani. W przypadku tym przed wstrzyknięciem środka Kocha nie można było dojrzeć za pomocą laryngoskopu żadnych zmian, a rozpoznanie gr. krtani opierano tylko na objawach podmiotowych, chrypce itd. w obec wykazalnych zmian gruźliczych w płucach. Po kilku injekcyjach po 0·001 wystąpiła wyraźnie przy badaniu wziernikiem narośl wielkości ziarnka prosa na przedniéj części więzadła prawdziwego, wejrzenia sinoczerwonego, reszta więzadła była szaroczerwono zabarwiona, zresztą wszystko prawidłowe. Czwartego dnia po pierwszéj injekcyi (po 4 injekcyjach) narośl ta znikła, i tylko słabe obrzmienie i zaczerwienienie więzadła pozostało. Od tego dnia również ustąpiła chrypka i kaszel i do dnia 1 grudnia nie powróciły. Zmiany gruźlicze w płucach nie uległy jeszcze pod wpływem wstrzykiwań wykazalnéj zmianie. (*Deutsche med. Woch.* Nr. 49).

Gruźlica płuc. Doc. Noorden w klinice Gerhardta w Berlinie badał dokładnie wpływ wstrzykiwań środka Kocha na wczesne okresy gruźlicy płuc. Z badań tych wynika dosadnie, że pod wpływem stósowania limfy Kocha ukryte ogniska gruźlicze w płucu mogą występować na jaw i mogą zjawiać się bardzo znaczne zmiany w objawach fizycznych nawet z dnia na dzień. Następnie objawy te, najczęściéj zagęszczenia płucne, poczynały znikać i zmniejszać się tak co do siły jak i co do rozmiarów. Jednem słowem rozdzielenie sztucznie wywołanego zagęszczenia następowało szybko pod wpływem dalszych wstrzykiwań. Kaszel się wzmaga, plwociny stają się obfitsze. Ilość oddechów się zwiększa, nawet wobec braku znacznego podniesienia ciepłoty. W niektórych przypadkach występowało pod wpływem wstrzykiwań kłucie w boku, któremu towarzyszyło tarcie opłucnowe. (*Deut. Med. Woch.*, Nr. 49).

Leyden na podstawie spostrzeżeń poczynionych na 46 przypadkach, jakkolwiek nie poddaje się porywającemu wszystkich entuzyjazmowi, przychodzi do wniosku, że środek Kocha działa swoiście na tkankę gruźliczą. Działanie lecznicze jakoteż wartość rozpoznawcza jednak tego środka nie są jeszcze pewne i pod tym względem trzeba jeszcze czekać, co przyszłe badania wykażą. Zmiany zachodzące w samych prątkach pod wpływem wstrzykiwań są niestałe i nie mogą być uważane jako następstwo wstrzykiwań, gdyż zachodzą także w zwykłym przebiegu choroby. (*Berl. kl. Woch.*, Nr. 50). Podobnie jak Leyden, wypowiada Kast w Hamburgu zdanie co do wartości leczniczéj środka Kocha z wielką rezerwą. Ostrzega on przed znacznemi dawkami. W gruźlicy płuc zmiany pod wpływem wstrzykiwań są rozmaite. (*Tamże*).

Senator w wykładzie swym podaje, że siła reakcyi, jakoteż jéj trwanie i szybkość z jaką występuje, nie pozostaje w stosunku do stopnia rozszerzenia sprawy gruźliczéj. W opisie objawów reakcyi, zmian gruźlicą dotkniętych organów itd. nie podaje S. nic nowego, lecz powtarza to, co inni autorowie opisują. Zwraca jednak uwagę na to, że wobec gruźlicy jam zamkniętych stosunki są niekorzystne, gdyż masy oddzielone nie mogą być wydalone i dają pochop do resorbcyi istot zawierających prątki, a nadto obrzęk zapalny może stać się niebezpieczny. Z tego powodu uważa S. za przeciwwskazane stósowanie środka Kocha wobec gruźlicy mózgu lub jego opon. Do innych przeciwwskazań zalicza jeszcze S. zapalenie nerek, znaczne wysięki opłucnowe, charłactwo, zwyrodnienie skrobiowate. Co do krwioplucia, kwestyja jeszcze nie jest rozstrzygnięta. (*Berl. kl. Woch.*, Nr. 51).

Gruźlica skóry i kości. Schede w Hamburgu porównywa działanie środka, które sprowadza tak znaczne objawy reakcyi, z ciężką chorobą infekcyjną. Objawy ogólne często są bardzo ciężkie, sensoryjum czasem silnie zajęte, tętno było w jednym przypadku zaledwie wyczuwalne. Ciężar ciała często znacznie opada. Czuwanie nad takimi chorymi uważa S. za niezbędne. Znikanie reakcyi nie ustępuje zawsze w jednéj mierze, co zależy prawdopodobnie, zdaniem S., od ilości mas nekrotycznych i od przeszkód w ich wydaleniu. Ze zdaniem Köhlera, iż z chwilą reakcyi należy chirurgicznie wkroczyć, S. się nie zgadza, owszem sądzi, że w większéj liczbie przypadków należy wyczekiwać z rękoczynem. Tylko w przypadkach, gdzie na pewne jest sekwester lub nagromadzenie się ropy, należy operować odrazu. (*Deutsche med. Woch.*, Nr. 50).

Helferich wyraża się o środku Kocha z uniesieniem. W przypadkach liszaja żrącego działa nietylko na tkankę widocznie chorą i na blizny stare, ale w miejscach chorobowo zajętych, które przedtem dla naszego oka jeszcze nic nieprawidłowego nie przedstawiały; pod wpływem wstrzykiwań występują guzki liszajowe, jako znak, że tu już prątki gruźlicze działanie swe rozpoczęły. I wartość leczniczą dla liszaja żrącego przyznaje H środkowi Kocha. W początkowych przypadkach *coxitis* spodziewa się H. polepszenia pod każdym względem, w cięższych zastarzałych przypadkach będzie można za pomocą wstrzykiwań otrzymać takie warunki, że tylko o ortopedycznem leczeniu trzeba będzie myśleć, a nie będzie recydyw, ropienia i przetok po rękoczynach. W niektórych przypadkach zauważał H. po injekcyi występowanie wysypki podobnéj do płonicowéj lub odrowéj. (*Tamże*).

Prof. Jarisch w Insbruku: *Lupus vulgaris*. Śmierć w 36 godzin po wstrzyknięciu 0·002 limfy Kocha. 17-letniéj dziewczynie, dobrze odżywionéj, bez zmian gruźliczych w płucach, dotkniętéj liszajem twarzy i bł. śluzowéj jamy ustnéj wstrzyknął J. 0·002 środka Kocha; z temi samemi środkami ostrożności wstrzyknął 4 innym chorym po 2 do 5 miligr. Podczas gdy u tych ostatnich reakcyja była zwyczajna i przeszła bez zaburzeń, wystąpiła u pierwszéj obok silnéj reakcyi miejscowéj duszność, bez objawów stenozy i wśród klinicznych znamion osłabienia akcyi serca nastąpiła śmierć w $1\frac{1}{2}$ doby po wstrzyknięciu pomimo najenergiczniejszego stosowania środków podniecających. Sekcyja wykonana w 12 godzin po śmierci wykazała jako najbliższą przyczynę śmierci zapalenie zrazikowe płuc i ostry obrzęk mózgu znacznego stopnia. Na uwagę zasługują znalezione przy sekcyi zmiany reakcyjne około miejsc gruźlicą dotkniętych (w 3 gruczołach chłonicznych piersiowych, w jelitach). Prócz tego znachodził się ostry obrzęk śledziony, zwyrodnienie białkowate nerek i wątroby miernego stopnia, drobne wybroczyny na opłucny, na osierdziu i w niektórych miejscach rdzenia. Zwężenia lub obrzęku krtani nie było śladu. (*Wien. kl. Woch.*, Nr. 50). (C. d. n.) *Dr. Beck.*

VI. W sprawie leczenia gruźlicy.

Berlin d. 8 Grudnia

Na posiedzeniu Tow. lekarskiego w d. 27 listopada r. b. Dr. Langenhart pokazał wyciętą krtań z ciała zmarłego na *phthisis progressa*. Prof. Koch robił wstrzykiwania sam u tego suchotami dotkniętego młodego mężczyzny na krótki czas przed śmiercią. Dostał on 3 injekcyje. Dalszych doświadczeń Koch zaniechał, gdyż zrobione injekcyje okazały się bez wpływu na przebieg gorączki, a zapad sił wzmagał się. Według twierdzenia Langenharta wpływ injekcyj uwydatnił się tylko na wrzodzikach gruźliczych w krtani, których 3 znaleziono w okolicy strun głosowych, a wszystkie przedstawiały według niego wejrzenia takie, jakby się miały ku gojeniu.

Nie chcę się zatrzymywać nad twierdzeniem Langenharta co do zauważanéj *in mortuo* dążności gojenia się wspomnianych wrzodzików, ale dziwnie to nie licuje z doświadczeniami sumiennego badacza, jakim jest prof. Krause, który na posiedzeniu tego samego Towarzystwa w dniu 27 listopada odbytem mówił o przypadkach przez siebie leczonych, na których wprawdzie stwierdził w ciągu $2\frac{1}{2}$ tygodniowéj kuracyi pewną dążność do gojenia się owrzodzeń krtaniowych, ale były to przypadki nie powikłane z postępującą gruźlicą płuc, a najmniéj takie, iżby w którym z nich należało się obawiać rychłego zgonu. Lecz i co do téj przez Krausego zaznaczonéj dążności rzecz się nie przedstawia całkiem jasno. Mówię to bez przesądzania dalszego przebiegu przy powtarzanych injekcyjach. I tak miał wprawdzie Krause sposobność stwierdzić nadzwyczajną miejscową reakcyję i nam

ją swojéj klinice demonstrować w niejednym przypadku, jako objawiającą się rozlanem przekrwieniem i brzęknięciem zajętych części, które rzeczywiście następnie się zmniejszało według niego w drodze wessania, daléj wzmagającem się zrazu, a późniéj zmniejszającem się wydzielaniem śluzu, lepszem wejrzeniem dna wrzodzików itd., ale przecież nie miał dotychczas ani jednego przypadku, o którymby mógł powiedzieć, że się stanowczo da uleczyć limfą Kochowską. Wyraził tylko nadzieję, że początkowe przypadki gruźlicy krtaniowéj, nie wikłane zajęciem płuc, dadzą się usunąć, natomiast w przypadkach bardziéj rozwiniętych nie obejdzie się bez pomocniczego leczenia sposobem dotychczasowym.

Do takiego ostrożnego oświadczenia się miał prof. Krause wszelkie powody, gdy się zważy, że w jednym przypadku u młodéj kobiety z suchotami płucowemi i znacznym naciekiem w całéj jamie krtaniowéj, u któréj poprzednio wykonał wyłyżeczkowanie na nagłośni i na więzadłach nalewko-nagłośniowych, tudzież z dobrym skutkiem stosował kwas mlekowy, po zrobionych wstrzyknięciach limfy zrazu nacieki się zmniejszyły, ale już na drugi dzień obrzęk się wzmagał i nastąpiło pogorszenie również co do podmiotowych przypadów, jak ból przy przełykaniu zwłaszcza płynów, tudzież oddechanie trudniejsze, prawie stenotyczne, wogóle obraz, który przy dalszych szczepieniach przeszedł w okres rozpadu i wydalania strupów zamartwicowych, ale który pomimo tych po części korzystnych przeobrażeń Krausemu nie posłużył do wyrażenia pewności, iż chora na téj drodze odzyska zdrowie.

Drugi przypadek, który nam również demonstrował w swojéj klinice i na nim laryngoskopować pozwalał, dotyczył młodego człowieka, u którego był znaczny naciek w więzadłach głosowych zwłaszcza po stronie lewéj z rozlanem przekrwieniem, ale bez wszelkiego rozpadu. Po wstrzykiwaniach wyrobiło się zblednienie błony śluzowéj na części gruźlicą zajętéj, poczem w jednem miejscu zaczął się naciek rozpadać nekrotycznie od brzegów, otrzymał następnie powierzchnię gładką, czerwoną, o któréj Krause sądził, że ma przed sobą ranę zdrową, zabliźniającą się, tymczasem znowu się zaczęła zagłębiać i szarą wypociną powlekać, a jednocześnie w innem miejscu poniżéj poprzedniego wytworzył się naciek świeży, który również przyszedł do rozpadu. Tak rzecz stała 27 listopada. Dzisiaj chory ten, którego oglądałem u prof. Krausego, ma się jeszcze lepiéj tak przedmiotowo jak i podmiotowo; więzadła falszywe są blado-różowo zabarwione, wyraźnie zarysowujące się, jakkolwiek jeszcze niedostatecznie pogłębioną zatoką Morgagniego od strun głosowych odgraniczone i jakkolwiek jeszcze nieco obrzękłe, ale bez wszelkiego owrzodzenia i pokryte są błoną o wyraźnie ścisłem utkaniu. Mimo tak pomyślnego przebiegu nie łudzi się prof. Krause co do tego przypadku i przypuszcza możliwość dalszego pogorszenia, zatem nie uważa go jeszcze za uleczony i pozostawia w dalszéj kuracyi.

Następnie zdawał sprawę na posiedzeniu, o którem mowa, prof. H e n o c h. Powołując się na swoje doświadczenia rozpoczął od nagany dla poliklinicznego leczenia limfą Kochowską. Zaszczepiał 11 dzieci chorych, a dla doświadczenia jedno zdrowe. To ostatnie nie okazało żadnéj reakcyi. Dzieci znajdowały się w wieku od 2—11 roku życia. Przypadki przez niego leczone obejmowały następujące choroby: wilk na twarzy i jednocześnie *caries* kręgów grzbietowych; *caries* kości skalistéj i jednocześnie gruźlicze zapalenie otrzewny; zapalenie opon mózgowych gruźlicze, gruźlicę gruczołów chłonnych; *spina ventosa* na rękach; jeden przypadek podejrzany o gruźlicę płucną. Acz kolwiek wskazał na Kocha, który dopuszcza u dzieci dawkę limfy 0·0005, sam mimo to był ostrożniejszym i zazwyczaj rozpoczynał od $^1/_{10}$ miligrama. Po największéj części nie uważał reakcyi przy 0·0001 i przy 0·0002. Przy $^3/_{10}$ miligrama objawiała się reakcyja, mniejsza lub większa, stósownie do wieku dziecka. Pierwszy przypadek, który demonstrował, była dziewczynka lat 11, u któréj była róża na szyi, ciągnąca się ku twarzy, którą wyniosła z przetoki po niezagojonych gruczołach limfatycznych na szyi; nadto miała *phthisis bulbi dextri* od lat dawnych. Po wyleczeniu jéj z róży przystąpiono do injekcyi. Po $^3/_{10}$ miligrama objawiła się reakcyja pełna dopiero w 8 godzin. Notowano 39·6° C. Wtedy zauważano koło blizny po ropiejących gruczołach silne zaczerwienienie i spuchnięcie, a w oku zanikłem przekrwienie spojówki, pryszczyk na rogówce, zaś na całem ciele wysypkę w całem znaczeniu słowa płonicową. Osutka trwała dwa dni, to jest dopóki się reakcyja utrzymywała, a pojawiała się za każdem następnem zaszczepieniem. W tym przypadku stwierdził Henoch na czas trwania reakcyi ból w nogach za uciskiem.

Drugi przypadek, który omawiał, dotyczył dziecka $4^1/_2$ lat liczącego *c. carie tuberculosa ossis petrosi et peritonitide chronica*. Dziecko to przyjęto na oddział jeszcze w czerwcu z puchliną znaczną. Objętość brzuszka 71 cm. Nie gorączkowało. Po zrobionéj punkcyi otrzymano ciecz białkowatą, w któréj nie znaleziono laseczników gruźliczych. Mimo to stwierdza, iż ze względu na gruźliczy charakter procesu odbywającego się w kości skalistéj należy uważać, iż płyn wypuszczony stanowi wysięk otrzewny gruźlicą zajętéj. 28 sierpnia wykonano operacyję na kości skalistéj i znaleziono brodawki z cechą gruźliczą. Dn. 23 listopada zrobiono poraz pierwszy injekcyję w ilości $^4/_{10}$ miligrama. Reakcyja trwała 20 godzin, a najwyższa ciepłota była 39°. Lokalnie żadnych zmian. 25 listopada dostało dziecko $^5/_{10}$ miligrama. Gorączka utrzymywała się przez 3 dni w wysokości 38·3. Tym razem pojawiło się zaczerwienienie skóry w okolicy kości sutkowéj i stwierdzono nieco płynu w brzuszku, którego przedtem już nic nie było. Lecz do kilku dni płyn ustąpił z jamy brzusznéj i więcej się nie pojawił. 2/12 zaszczepiono dziecku 1 miligram. Nastąpiła silna reakcyja z gorączką 39·9, a utrzymywała się przez 10 godzin. Brzuszek ma w obwodzie 52 cm. Henoch nie chce utrzymywać, aby ten przypadek znajdował się w okresie wyzdrowienia, ale stwierdza wpływ szczepianki jako bardzo widoczny. Ja dodaję, że dziecko wyglądało bardzo nędznie; źle odżywione, o cerze nie zdrowéj.

Obszerniéj omówił Henoch przypadek zapalenia gruźliczego opon mózgowych u dziecka 4 letniego. Do szpitala dostało się w stanie poprzedzającym wybuch drgawek. Bał się robić wstrzykiwania, aby nie wzmódz ciśnienia wewnątrzczaszkowego przez przekrwienie mózgu, które limfa Kochowska zawsze sprowadza. Atoli *experimenti causa* zarządził injekcyje w dniach 2, 4, 5 i 7 listopada. Reakcyja za każdym razem mierna. Ciepłota ciała, która przed zaszczepieniem limfy nie była podwyższoną, dochdziła do 38·2 i to 5—6 godzin po zaszczepieniu, poczem szybko ustępowała. Dziecko pozostawało do końca życia w śpiączce, a umarło bez poprzedzających drgawek. Sekcyja, którą wykonał prof. Virchow, nie wykazała makroskopijnie nic innego, jak to, co się zawsze znachodzi na podstawie mózgu u zmarłych z gruźlicy opon mózgowych. Uderzającem było atoli to, że nie znaleziono mózgu niedokrewnego, jak zwykle bywa w téj chorobie, jeno przeciwnie tak znaczne przekrwienie, że miał się Virchow wyrazić, iż podobnie przekrwionego mózgu nie widział. Ztąd Henoch widzi w zapaleniu gruźliczem opon mózgowych przeciwwskazanie do leczenia limfą nawet wtedy, gdy zapalenie się rozpoczęło, a rozpoznane zostało. Leczenie téj nieuleczné choroby limfą Kochowską musi według niego skrócić życie z powodu przekrwienia mózgu, jakie ona wywołuje.

Daléj referował prof. E w a l d, ordynator w szpitalu Augusty. Oświadcza, iż na swoim oddziale ma chorych z rozmaitych warstw społeczeństwa nawet takich, którzy do niego przybyli z Riwiery; może zatem lepiéj ocenić działanie limfy u osób o rozmaitéj indywidualności. Ewald nie opisywał pojedynczych przypadków, ale objął ogół tychże i wykazał statystycznie przypady, wywoływane przez szczepioną limfę. Leczył limfą 60 chorych, a wykonał na nich 266 injekcyj. Używał wstrzykawki Oberlachera z tłokiem asbestowym, którą przenosi nad Kochowską. Wstrzykuje rano między 6—7 godziną, aby się reakcyja odbyła przed wieczorem i chorzy noc mieli spokojną. Mierzy ciepłotę co 2 godziny. Nasilenie reakcyjne nie daje się z góry oznaczyć w każdym poszczególnym przypadku. Nieraz reakcyja się spóźnia, o ile się przez

nią rozumie pojawienie się stanu gorączkowego, pomimo, iż działanie szczepianki uwydatnia się przypadami, które do jéj zadziałania odnieść należy, jak: bóle w członkach, ściskanie gardła, nudności, wymioty itd. U niektórych chorych pojawia się oddziaływanie dopiero po kilku wstrzyknięciach. W jednym przypadku stwierdził reakcyję dopiero po 15 miligramach. Tętno zawsze się przyspiesza i staje się na wysokości reakcyi drobnem, bez napięcia, a czasem przepuszcza. Oddech rzadko kiedy przyspieszony. Ostry obrzęk śledziony w czasie trwania reakcyi uważał kilka razy. Po skończonéj reakcyi obrzęk znikał. Według niego sama reakcyjna gorączka nie okazuje trwałego ujemnego wpływu na organizm ludzki, bo z jéj ustąpieniem chorzy powracają do swojego zwykłego stanu. To się nie zgadza z mojemi spostrzeżeniami. Nie jednego chorego w klinice Leydena i Senatora wypytywałem o ten właśnie szczegół co do sił ogólnych, co do poczucia mienia się, a najczęściéj otrzymywałem odpowiedź przeciwną twierdzeniu Ewalda. Jeden chory, młody człowiek, z gruźlicą płucową, nie bardzo rozwiniętą, w klinice prof. Senatora ze smutkiem mi oświadczył, że się czuje gorzéj, aniżeli przed kuracyją. Otrzymał on 9 injekcyj. Poty Ewald obserwował u 46 chorych. 12 wcale się nie pociło, a 3 chorzy zupełnie przestali się pocić już po kilku injekcyjach. Drażnienie do kaszlu było większe u 10 chorych, u 2 się zmniejszyło; reszta nie okazywała różnicy. Na wykrztuszanie limfa nie wpływa jednolicie. Pod tym względem zachowuje się albo obojętnie, albo przeciwnie zmniejsza wykrztuszanie, lub też w niektórych przypadkach się wzmaga. Zjawisko takie uważa za objaw pomyślny, rozumiając, że organizm pozbywa się z odrzucanemi plwocinami tem większéj ilości laseczników. Sen poprawił się u 18 chorych, u 22 wypadł miernie, a u reszty był zły. Zadziwiać może, iż prof. Ewald czyni jakość snu zupełnie zawisłą od działania limfy Kochowskiéj, i na téj podstawie z liczbami występuje.

Taki sam zarzut nieuwzględniania wpływu na sen innych czynników z saméj choroby płynących, pomijając tak zmienny u tych chorych nastrój umysłowy, można zrobić jego wywodowi co do ogólnego mienia się, w jakiem się chorzy znajdowali po injekcyjach. I tak w 24 przypadkach ciężkiéj gruźlicy znalazł co do tego punktu znaczną poprawę, w 13 mierną, u 2 chorych pogorszenie, u 7 nie wykrył żadnéj zmiany. U reszty chorych z lekką gruźlicą miał zauważyć bez wyjątku znakomitą poprawę ogólnego stanu zdrowia i podmiotowe poczucie dobrego mienia się, co sobie sami chorzy mieli chwalić. A gdzież wpływ sugestyi, wpływ korzystnych warunków higijenicznych, dobrego żywienia itd.? Badanie moczu nie wykazało żadnego zadziałania limfy. Co do laseczników gruźliczych, jakie znachodzono w plwocinach, Ewald nie dał obszerniejszego poglądu, stwierdził tylko, że pod tym względem obraz jest bardzo zmienny. Dziś jest ich więcéj, jutro mniéj, zaś zmiany postaciowe laseczników takie same, jak i bez wstrzykiwań limfy Kochowskiéj.

Wogóle z jego wykładu o tym przedmiocie, niestety zbyt pobieżnego, nie można było powziąć przekonania, iż plwociny zaszczepianych chorych były badane codziennie i dokładnie. W innych klinikach i oddziałach zrobiłem to samo spostrzeżenie, że za mało czasu i uwagi poświęcają badaniu mikroskopowemu plwocin, a wszakże wszędzie mają sterylizatory i mikroskopy i na każdym oddziale znajduje się dosyć pomocniczych sił lekarskich.

Osutki, jakie Ewald spostrzegał, klasyfikował jako *erythema papulosum, roseola papulosa, herpes labialis* i *exanthema scarlatinosum.* To ostatnie łączyło się w kilku przypadkach z pojawieniem się pęcherzyków, które pękały, sączyły i następnie przysychały. Osutkę tego rodzaju spostrzegałem i w innych klinikach. Co do wartości limfy Kocha pod względem dyferencyjonalno-rozpoznawczym, prof. Ewald jest zachwycony. Stwierdził gruźlicę na podstawie uzyskanéj reakcyi po zastrzykiwaniach w jednym przypadku ciężkiéj neurastenii bez jéj bliższego określenia, w 3 przypadkach wysięków opłucnowych (zgodnie z nim każe prof. Leyden każde zapalenie surowicze opłucny uważać jako na tle gruźliczem powstałe, choćby chory wyszedł z zapalenia całkiem zdrów i ani śladu wysięku po niem nie pozostał!) W jednym z tychże reakcyja objawiła się gorączką do 40·2°; w jednym przypadku przebytego zapalenia jądra, wreszcie u jednego chorego po odbytéj i wygojonéj resekcyi prawego stawu łokciowego.

Na ostatku przedstawił prof. L i t t e n kobietę 28-letnią, któréj siostra umarła na suchoty. Kobieta ta miała bardzo często używać do przesiąkania nosa téj saméj chustki, którą się posługiwała jéj chora siostra. Otóż w tym szczególe chce się Litten dopatrzeć wyjaśnienia etyjologicznego co do powstania owrzodzeń u téj kobiety na dziąsłach górnéj szczęki i na przegrodzie nosowéj, co nam właśnie demonstrował. Prof. Bergmann, który ją miał pierwszy w swojéj kuracyi, uważał te owrzodzenia za raka; inni klasyfikowali je jako *lupus*, a Litten, do którego się z kolei dostała, uznał tę chorobę za gruźlicę dziąseł. Wrzód rzeczywiście zajmuje cały przód dziąseł górnych i przechodzi na załamek do wargi. Jest nierówny, drobno-ziarnisty, od strony lewéj ma brzeg nacieczony, wyniosły, a spłaszcza się ku stronie prawéj. Kolor wrzodu blado-różowy, przyćmiony tylko śluzem pokrywającym go w warstwie przepuszczającéj. Po jego prawéj stronie widać w utkaniu błony śluzowéj w tem miejscu pozbawionéj przybłonka kilka białawych ziarnin, które Litten uważa za gruzełki tuberkuliczne, a które się miały pojawić nagle wśród działania limfy Kochowskiéj. Po 1 wstrzyknięciu limfy w ilości 1 miligrama reakcyja z gorączką o 41° C., utrzymująca się w téj wysokości przez kilka godzin. Po 2. wstrzyknięciu w ilości 2 mg. 40·3; po 3 wstrzyknięciu w ilości 4 mg. 40·9. Już po pierwszéj injekcyi dziąsła chore miały gwałtownie się zaczerwienić i spuchły, poczem w oczach, jak się Litten wyraził, odbywał się proces rozpadu w utkaniu dziąseł wrzodem ograniczonych. Nekroza postępowała daléj po każdem zastrzyknięciu; wrzód się spłaszczał, nabierał żywszéj barwy, a obecnie przedstawia się tak, jak powyżéj opisałem. Litten ma nadzieję, że skoro się zamartwica masy wrzodziejącéj dokona, pojawi się czysta, brodawkująca rana, która prawdopodobnie zupełnie się zagoi. Wysoką gorączkę u téj choréj tłumaczy Litten znacznym rozpadem wrzodu gruźliczego, a limfę Kocha ogłasza jako specyfik, któryby zarówno pomyślnie działał i w chorobie gruźliczéj płuc, gdyby na przeszkodzie nie stała ta okoliczność, że rozpad w tkance płucowéj gruźlicą zajętéj nie tak łatwo, jak w gruźlicy zewnętrznéj, znajdzie drogę do wyeliminowania nekrotycznych części, jeżeli ta sprawa ma się odbywać jedynie za pomocą aktu wykrztuszania drogami, które są rozrzucone na znacznéj powierzchni oddechowéj.

Prof. Litten mówił na końcu o jednym przypadku zapalenia gruźliczego miedniczek nerkowych. Rozpoznania swojego nie usprawiedliwił szczegółami z badania fizycznego i z rozbioru moczu. Stwierdził tylko znaczną poprawę w stanie chorego, która się miała pojawić jednocześnie z odejściem cieczy, jak się wyraził „właściwie nekrotycznéj“.

Dr. Opolski ze Lwowa.

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 18 grudnia. Na 420 posiedzeniu Izby poselskiéj Rady państwa w dyskusyi nad wnioskiem posła Dra R o s e r a względem ustanowienia państwowego Urzędu zdrowia sprawozdawca Dr. Steidl zaproponował następujące rezolucyje: Wzywa się Rząd 1) a) aby na każdym Wydziale lekarskim systemizował i należycie wyposażył katedry dla badania higienicznego i bakteryjologicznego; b) aby higijena na przyszłość była przedmiotem obowiązkowym dla zwyczajnych uczniów medycyny; 2) starał się podnieść publiczną służbę zdrowia przez powiększenie liczby lekarzy rządowych i lepsze ich uposażenie, oraz przez ustanowienie inspektorów sanitarnych w odpowiedniéj dla każdego kraju liczbie; 3) uzupełnił Najwyższą Radę zdrowia oraz krajowe Rady sanitarne przez powołanie znanych specyjalistów w higijenie, budowniczych i statystyków jużto jako członków zwyczajnych, już też to nadzwyczajnych, rozszerzył zakres działania tych Rad a Radzie najwyższéj dodał zakłady pomocnicze, któreby umożebniły jéj przeprowadzanie prac wstępnych umie-

jętnych dla ustawodawstwa sanitarnego; 4) aby publicznym organom sanitarnym nadał większą niezależność w obec władz przełożonych politycznych, jeżeli się rozchodzi o początkowanie w kwestyjach fachowych; 5) zabrał się do reformy spraw aptekarskich, a w szczególności żądał od wstępujących młodzieńców wyższego wykształcenia.

W dyskusyi zabierali głos: poseł Dr. Kindermann (lekarz), dowodząc ważności higijeny i bakteryjologii dla kandydatów medycyny i przemawiając za przekazaniem nauk przyrodniczych do gimnazyjum, aby tym sposobem zwolnić uczniów; w końcu wnosi dodatek do rezolucyi 1-éj, który poparto, téj treści: „Celem uniknięcia przeciążenia uczniów Rząd przystąpi do reformy studyjów w wydziałach lek. po wysłuchaniu sfer kompetentnych". Następnie poseł Gniewosz wskazując odkrycie Kocha, oraz na fakt, że Niemcy posiadają Urząd zdrowia, jakiego Austryja niema, daléj że reprezentacyja ludu sama winna po części, ponieważ dotąd sprawami temi mało się interesowała, wyraża nadzieję, że Rząd nie będzie głuchy na życzenia jednomyślnie wyrażone. Minister oświecenia, baron Gautsch, oświadcza, że wszystkie wydziały lekarskie austryjackie posiadają już nadzwyczajne katedry dla higijeny i bakteryjologii, z wyjątkiem krakowskiego, dla którego w budżecie na r. 1891 właśnie umieścił fundusz na takąż katedrę; zresztą gotów jest zrobić wszystko, cokolwiek tylko posłuży dla podniesienia stanu zdrowotnego, jak tego dowodzi rozporządzenie niedawno wydane a mające na celu większe uwzględnianie ćwiczeń fizycznych w szkołach średnich, a wskutek zwrócenia uwagi ministerstwa przez Najwyższą Radę sanitarną postara się, aby kandydaci nauczycielscy mogli korzystać z wykładów higijeny, udzielanych przez fachowych lekarzy, w którym to celu już umieścił w budżecie kredyt na 1-szy kwartał przyszłego roku szkolnego. — Szef sekcyi baron Erb (z ministerstwa spraw wewnętrznych) użala się, że ustawa sanitarna z r. 1870 dotąd jeszcze nie jest w zupełności przeprowadzoną z powodu oporu niektórych Sejmów; wykazuje on cyframi, jaką szkodę ludność przezto ponosi; cyfry te rzeczywiście są zastraszające. W r. 1887 umarło w zachodniéj polowie monarchii z chorób zakaźnych 122,256 ludzi, a więc 3 razy przeszło tyle, co armija niemiecka straciła (40,000 ludzi) w wojnie niemiecko-francuskiéj z powodu wojny i chorób; a więcéj jeszcze przerażającym jest fakt, że z téj wielkiéj liczby więcéj aniżeli 50% przypada na samą Galicyję, bo 66,863 ludzi w ciągu jednego roku. Dlatego chętnie zgadza się z wnioskiem Komisyi. — Poseł Dr. Roser (lekarz) popiera swój wniosek względem ustanowienia państwowego Urzędu zdrowia a nadto wnosi jeszcze rezolucyję téj treści: 1) wzywa się Rząd o przedłożenie projektu ustawy w sprawie ogłaszania i sprzedawania środków tajnych; 2) o wzięcie pod rozwagę opodatkowanie specyjalności farmaceutycznych; 3) o przedłożenie projektu ustawy w sprawie przechowywania środków wybuchających.

Z dyskusyi téj podnosimy głównie dwie sprawy, dla nas bardzo ważne. Po długich staraniach Wydział nasz lekarski widzi nareszcie życzenia swe urzeczywistnione. Otóż na rok szkolny 1891/2 przybędzie nam nowa i tak ważna nietylko dla Uniwersytetu naszego ale i dla kraju całego katedra higijeny i bakteryjologii; katedra ta stale systemizowana będzie wprawdzie obsadzoną na razie przez profesora nadzwyczajnego z płacą roczną 1200 złr. i dodatkiem aktywalnym 420 złr., ale nie wątpimy, że wkrótce profesura stanie się zwyczajną. Nadto obok asystenta dodanym będzie do katedry zakład higijeniczny należycie uposażony. Zapewne w ciągu roku 1891 Wydział zawezwany zostanie do przedstawienia kandydatów na tę katedrę, tak że z rokiem szkolnym 1891/2 nowo mianować się mający rozpocznie swoją czynność. — Drugą sprawą ważną dla kraju naszego jest zapowiedź p. Ministra, że ustanowi lekarzy fachowych do wykładów higijeny dla kandydatów stanu nauczycielskiego. I tego kraj oddawna sobie życzy; o znaczeniu i ważności tego urządzenia zbyteczna rozpisać się; szkoda tylko, że nie poruszono sprawy lekarzy szkolnych dla zakładów średnich, którąby się dało połączyć z poprzednią, i że nie dano p. ministrowi sposobności wypowiedzenia zapatrywania swego na tę kwestyję również ważną. W każdym razie wyrażamy radość swoją i wynurzamy podziękowanie dla p. Ministra, który ciągle i przy każdéj sposobności objawia życzliwość swoją dla naszego Uniwersytetu oraz rozumną dbałość o poprawę stosunków higijenicznych.

W końcu zapisujemy dziś inny jeszcze fakt pomyślny dla Uniwersytetu naszego. W skutek jednomyślnéj uchwały Wydziału lek. Ministerstwo Oświecenia uznało pracownię, zbiór preparatów i przyrządów dla ćwiczeń aseptycznych w operacyjach położniczych i ginekologicznych, założoną przez prof. Marsa i jego wyłącznym kosztem a przezeń Uniwersytetowi Jagiell. darowaną, o której znaczeniu pisaliśmy w swoim czasie, — za zakład uniwersytecki, uposażyła pracownię tę skromną roczną dotacyją na zakupno nowych przyrządów oraz na opłacenie służącego, kierownictwo zaś zakładem poruczyło w myśl wniosku Wydziału założycielowi i ofiarodawcy.

* Dziś odbywa się w Poznaniu uroczystość jubileuszowa Wydziału lekarskiego T. P. N., na którą i lekarze krakowscy otrzymali zaproszenie.

* Z Wydziału gospodarczego VI Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie.

Wydział gospodarczy otrzymał dotychczas następujące temata, mające być poddane dyskusyi na Zjeździe:

a) Od Sekcyi przygotowawczéj medycyny wewnętrznéj.

1) O ile ostatnie postępy w rozpoznawaniu chorób żołądka wpłynęły na leczenie tych chorób,
2) O zakażeniu mięszanem (*Mischinfection*).
3) Czy w krztuścu skuteczniejsze jest leczenie miejscowe, czy też wewnętrzne.
4) Porównanie wyniku leczenia dławca zapomocą tracheotomii z wynikami intubacyi krtani według metody O'Dwyera.
5) O leczeniu klimatem swojskim (*Climatotherapia nostras*).

b) Od Sekcyi ginekologicznéj.

6) Postępowanie w przypadkach nieustających wymiotów (*Hyperemesis gravidarum*).
7) Postępowanie w obec włókniaków macicy (*Fibromyomata uteri*).
8) Postępowanie w przypadkach niestosunku porodowego wyższego stopnia (*Pelvostenochoria*).

c) Od Sekcyi okulistycznéj.

9) Przyczyny i leczenie oderwania siatkówki. Ref. Dr. Wicherkiewicz z Poznania.
10) Antiseptyka w okulistyce. Ref. Dr. Ziemiński z Warszawy.
11) O leczeniu jaglicy. Ref. Dr. Sroczyński z Krakowa.

d) Od Sekcyi medycyny teoretycznéj.

12) O zatruciach ustroju, wywołanych przez zasady organiczne zwierzęce (ptomainy i leukomainy). Ref. Dr. J. Pruszyński z Warszawy, corref. Dr. Opieński z Krakowa.
13) Hypnotyzm u zwierząt w zastosowaniu i porównaniu z hypnotyzmem u ludzi. Ref. Dr. E. Biernacki z Warszawy, corref. prof. Dr. Cybulski z Krakowa.
14) Od Dra Feliksa Arnsteina w Kutnie w gub. Warszawskiéj: O cholerze dziecięcéj pod względem etyjologicznym, patogenicznem i leczniczym. Leczenie zapobiegawcze, dyjetetyczne i przeciwgnilne téj choroby.
15) Od Dra Obtułowicza w Buczaczu: O wynikach badań drobnowidowych rowków szyjnych u powieszonych i zagardlonych, oraz wartości tychże badań pod względem sądowo-lekarskim, z przedstawieniem preparatów mikroskopijnych.

Uwaga: Koledzy zamiejscowi, którzyby się chcieli podjąć zdania sprawy z powyższych tematów, które nie mają jeszcze referentów, zechcą się zgłosić listownie do przewodniczącego Wydziału gospodarczego prof. Rostafińskiego (ul. Wolska, 7); w razie niezgłoszenia się kolegów zamiejscowych Wydział wyznaczy referentów miejscowych.

Wszystkie pisma lekarskie i przyrodnicze zamiejscowe upraszа się o powtórzenie téj wiadomości.

* Rozporządzenie Ministerstwa spraw wewnętrznych we Wiedniu z d. 8 b. m., o którem w Nrze 50 *Przeglądu Lek.* wspomnieliśmy, opiewa w dosłownem tłomaczeniu jak następuje:

„Gdy lek przeciw gruźlicy, odkryty przez prof. Kocha w Berlinie, według orzeczenia Najwyższéj Rady sanitarnéj, jest

cennym środkiem pomocniczym do rozpoznawania i leczenia schorzeń gruźliczych, jednak dotychczas jest jeszcze środkiem tajnym, a przez stosowanie go w celach leczniczych powstać mogą czasem bardzo silne a nawet niebezpieczne dla życia skutki dla organizmu, Ministerstwo spraw wewnętrznych, chcąc umożebnić i ułatwić racyjonalne używanie tego środka na korzyść pomocy potrzebujących a na gruźlicę cierpiących, ale zarazem zapobiedz niebezpieczeństwom z użycia onego wynikać mogącym, aż do dalszéj decyzyi zarządza co następuje:

1) Sprowadzanie leku nastąpić może tylko z zakładów upoważnionych przez rząd pruski i dozwolone jest aż do dalszéj decyzyi tylko przełożonym zakładów leczniczych i naukowych oraz lekarzom upoważnionym do praktyki w królestwach i krajach reprezentowanych w Radzie państwa. W razie dowiedzionego nadużycia prawa do sprowadzania i stosowania środka władza polityczna krajowa może prawo to cofnąć, jednak pozostawia się możność odniesienia się w drodze rekursu do Ministerstwa spraw wewn.

2) Stósować wolno lek u człowieka tylko wtedy, jeżeli pochodzi ze źródła pewnego, jeżeli jakość jego nie jest upośledzoną pomimo rozcieńczenia i jeżeli się zachowuje wszelkie ostrożności wskazane przez doświadczenia naukowe. Ambulatoryjnego leczenia chorych tym środkiem bez zapewnionéj opieki lekarskiéj w celu udzielania pomocy lekarskiej w razie potrzeby podczas okresu reakcyi, zakazuje się.

3) Wszyscy lekarze są obowiązani zapisywać dokładne spostrzeżenia o leczeniu chorych tym lekiem, i udzielać informacyj na żądanie władzy politycznéj jako też wykazać zródło, skąd środek otrzymali.

4) Lekarze, którzy nie są kierownikami klinicznymi przy Wydziałach lekarskich lub prymaryjuszami w szpitalach, bezpośrednio podlegających władzy państwowéj lub krajowéj, są obowiązani, jeżeli przystępują do leczenia chorych tym środkiem, zawiadomić właściwą władzę polityczną.

5) O każdym przypadku śmierci, który się zdarza po użyciu tego środka, czy to w okresie reakcyi czy też w skutek niego, lekarz kierujący — w szpitalach za pośrednictwem dyrekcyj, obowiązany jest bezwłocznie i osobno donosić władzy politycznéj, podając wszystkie okoliczności na uwagę zasługujące.

6) Rzeczą władzy politycznéj jest, zakazać wszelkich spostrzeżonych nadużyć i niewłaściwości w obchodzeniu się ze środkiem, czuwać nad stósowaniem się do niniejszych przepisów, a w razie ich przekroczenia zastósować odnośne przepisy, względnie rozporządzenie ministeryjalne z d. 30 września 1857, Dz. p. p. 198 (grzywna od 1—100 złr, lub areszt od 6 godzin do 14 dni).

7) Rozporządzenie niniejsze obowiązuje od chwili ogłoszenia.

* Na wczorajszem posiedzeniu Tow. lekarskiego prof. Browicz zdał krótką sprawę z badań histologicznych uskutecznionych na skrawkach wziętych ze ścian przetoki z przypadku gruźlicy śródręcza leczonego przez prof. Rydygiera środkiem Kocha i doszedł do wniosku, że po zastrzyknięciu środka nie przychodzi do nekrozy, lecz rozwija się typowe zapalenie z cechą krwotoczną z następowem ropieniem. (Wykład ten umieszczony w Nrze niniejszym). Następnie prof. Gluziński mówił o swoich doświadczeniach, opartych na 2-tygodniowéj obserwacyi biegu reakcyi po zastrzyknięciu limfy Kocha (wykład ten równie umieszczony jest w Nrze dzisiejszym). W dyskusyi zabrał głos Dr. Gluziński młodszy ze Lwowa; dalszą dyskusyję na wniosek prezesa odroczono dla spóźnionéj pory do posiedzenia następnego. Wreszcie przystąpiono do wyboru urzędników Tow. na rok przyszły. Zgodnie z wnioskami komisyi przedwyborczéj, przedstawionemi przez prof. Domańskiego, wybrani zostali wszyscy prawie jednomyślnie śród oklasków: prezesem prof. Gluziński, zastępcą prezesa docent Ponikło, bibliotekarzem dotychczasowy bibliotekarz Dr. Murdzieński, sekretarzem dorocznym Dr. Rosenzweig, redaktorem *Przeglądu Lek.* redaktor dotychczasowy, delegatem do komisyi sanitarnéj miejskiéj prof. Łazarski, delegatami do Tow. lekarzy galicyjskich dotychczasowi delegaci Drowie Krówczyński i Rieger we Lwowie, członkami komisyi redakcyjnyéj „Przegl. Lek.“: Proff. Cybulski, Mars, Obaliński i Oettinger, kontrolorami prof. Domański i docent Ponikło. Wreszcie wybrano członkami Tow. lek. Drów Kryńskiego, Łepkowskiego i Orskiego.

* Z prawdziwem ubolewaniem donosimy, że prof. Cybulski doznał wczoraj złamania kości podudzia. Według zapewnienia prof. Rydygiera, który się nim opiekuje, nie grozi choremu żadne niebezpieczeństwo, jednak z natury rzeczy wynika, że przez kilka tygodni zmuszony będzie zaniechać po części rozlicznych swych zajęć.

* Prof. Obaliński wstrzykuje codziennie od 18 b. m. począwszy limfę Kocha chorym z gruźlicą stawów i kości na oddziale chirurgicznym szpitala św. Łazarza. Koledzy chcący brać udział w tych doświadczeniach, mogą się tam zgłaszać między 10 a 12 przed południem i między 6 a 7 po południu.

* Staraniem Tow. Opieki zdrowia odbyły się w minionym tygodniu dwa odczyty. Prof. Cybulski w pouczającym swym wykładzie, urozmaiconym pięknemi demonstracyjami, wyjaśniał znaczenie fizyjologiczne powłok zewnętrznych i wskazywał na potrzebę pielęgnowania skóry. Licznie zgromadzona publiczność dziękowała oklaskami prelegentowi za interesujący ze wszech miar wykład. Przed równie licznie zebraną publicznością miał prof. Browicz rzecz „o szczepieniu chorób zakaźnych“, a między innemi jasno i dla każdego zrozumiale tłomaczył istotę i znaczenie szczepienia limfą Kocha.

* W tygodniu 48 (od 30 listopada do 6 grudnia) było w Krakowie małżeństw 13, urodzin 47, skonów 52 (36·62); z tych było: z zap. płuc 11, z gruźlicy 9, z dławca i błonicy 7, z odry 3.

* **Wiadomości uniwersyteckie. Graz.** Dr. Jan Habermann, docent prywatny w Pradze mianowany nadzw. profesorem otyjatryi.

* **Wiadomości osobowe.** Stopnie doktorów w. nauk lek. otrzymali w Uniw. Jagiell. pp.: Ludomił Korczyński z Korczówki, Stefan Aleks. Skrzyński z Wronowic w Galicyi, Leon Jan Wacholtz z Krakowa.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich.

W *Gazecie Lek.* Nr. 48: Nenckiego i Sahlego: Euzymy w terapii; Jegonowa: Przyczynek do nauki o unerwieniu naczyń kończyn tylnych u żaby; Sawickiego: O przeszczepianiu płatów z szypułą z odległych okolic ciała (c. d.). — W *Medycynie* Nr. 48: Wendy: Wody gazowe warszawskie. — W *Kronice Lek.* Nr. 11: Polikiera: O poszukiwaniach Brown-Séquarda nad działaniem płynu jądrowego; Krajewskiego: O doraźnéj pomocy przy zatrzymaniu moczu (c. d.). — W *Pamiętniku Tow. lek. warsz.* z. III.: Kuczyńskiego: Przyczynek do histologii gruczołów Brunnera; Grossglika: Przyczynki do nauki o krwistości wodnicowéj. — W *Nowinach Lek.* Nr. 12: Barącza: Nowy sposób operowania polipów nosowych; Bujwida: O zapobiegawczem szczepieniu wścieklizny metodą Pasteura; Szumana: Przyczyny zwyrodnienia laseczników wąglika; tegoż: Pogląd na leczenie zewnątrz maciczném. — W *Gazecie Lek.* Nr. 49: Pawińskiego: O rytmie wahadłowym tonów serca i jego stosunku do rytmu galopowego; Sawickiego: O przeszczepianiu płatów z szypułą z odległ. okolic ciała (dok.); Cybulskiego: O ucisku mózgu (c. d.); Jakowskiego: Przyczynek do badania plwociny na prątki gruźlicze. — W *Medycynie* Nr. 49: Szwajcera i Rembielińskiego: Sprawozd. z ruchu chorych w szpit. zapasowym w Warszawie.

Redakcyja otrzymała:

Prof. Dr. N. CYBULSKI: Fizyjologia człowieka, część I. (krew, limfa, mięśnie, układ nerwowy). Warszawa 1891 in 8-vo str. 239. — Prof. Dr. KADYI: O potrzebie zasadniczéj reformy studyjów weterynaryi. Lwów 1890 in 8-vo str. 75. — Dr. DRZEWIECKI (Warszawa): O leczeniu przewlekłych nieżytów płuc i suchot za pomocą wdechań gazowych (odbitka z *Nowin Lek.* 1890) in 8-vo str. 3. — Dr. KUCHARZEWSKI (Warszawa): Ueber d. Transsudat i. d. Darm. unter d. Einfluss d. Mittelsalze (odbitka z *D. Archiv. f. klin. Med.*) in 8-vo str. 12.

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Tow. lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem A. M. Kosterkiewicza.